

ALMANAHUL REVISTEI

Sănătatea 1983



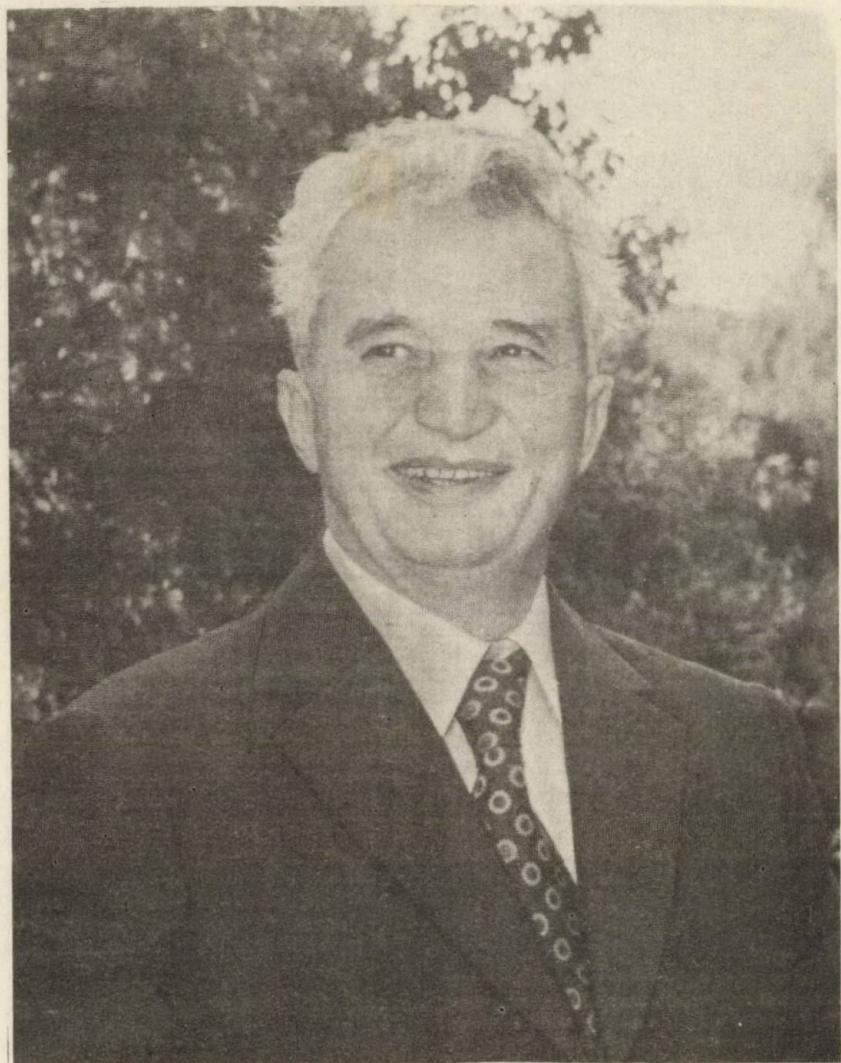
1983

Sănătatea

ALMANAHUL REVISTEI

Lei 25





Omagiu

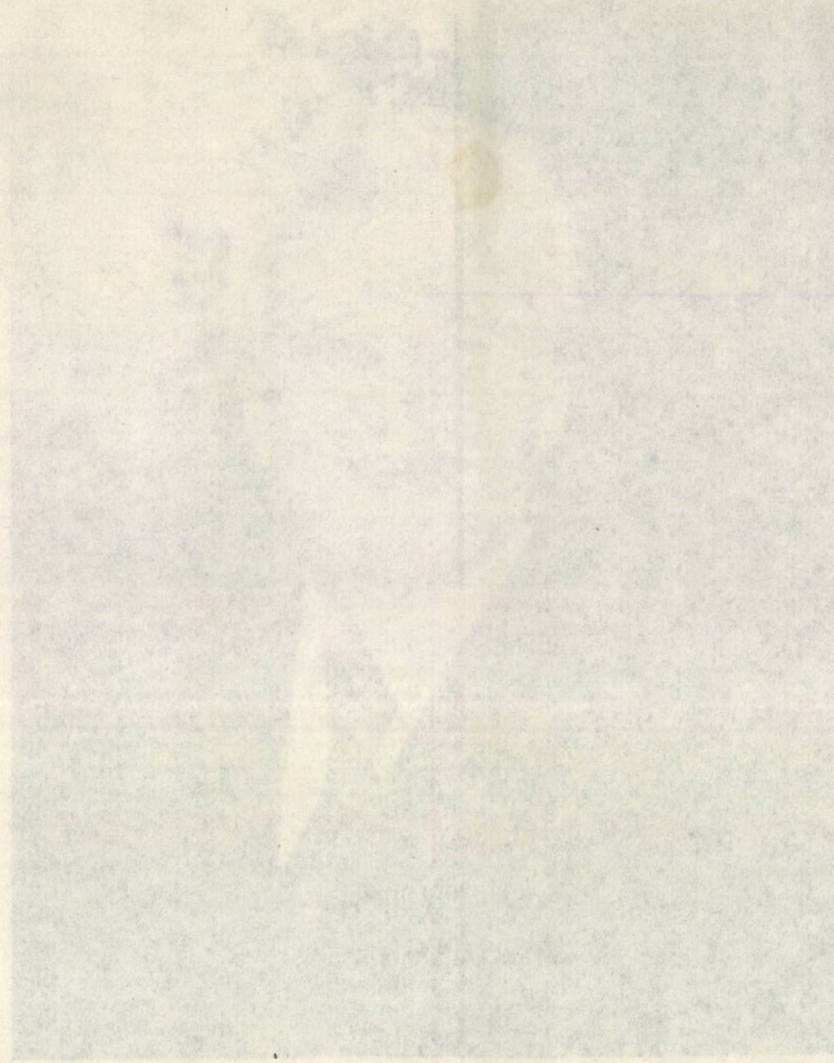
Zăgaz nu-ți stă în față nici o zare,
Un viitor august a prins contur,
Poporul iubitor de cînt și zare
Îl simte, precum un codru, împrejur.

O darnică-auroră se desface
Pe șesurile țării de demult,
Din sevele pămîntului ascult
Un glas de-oțel cu profeții de pace.

Pe vetre sacre steagul tricolor
Exprimă adevăruri și dreptate
De viață și credință dător.

Urcăm mereu spre țeluri mai înalte,
Cu gravă comunistă demnitate,
Cu cel mai prețuit conducător.

Alexandru JEBELEANU



Tot ceea ce realizăm trebuie să servească poporul, bunăstarea și fericirea sa. Partidul nu a avut și nu va avea alt țel decât asigurarea unui nivel tot mai înalt de civilizație materială și spirituală al poporului, în condițiuni de independență și suveranitate, de pace și colaborare internațională.

NICOLAE CEAUȘESCU



**La mulți ani
cu sănătate!**





● Țara întreagă se mândrește cu contribuția și inițiativele constructive ale tovarășului Nicolae Ceaușescu pentru dezvoltarea colaborării între state, întărirea păcii și securității internaționale, a unității tuturor forțelor democratice, progresiste și antiimperialiste de pretutindeni, pentru înfăptuirea dezarmării și asigurarea destinderii, pentru excluderea răz-

boiului din viața omenirii. În lupta pentru pace un strălucit exemplu ni-l oferă, alături de președintele republicii, tovarăsa Elena Ceaușescu, care, în fruntea Comitetului național român „Oamenii de știință și pacea”, acționează cu profundă responsabilitate socială și politică pentru apărarea celui mai de preț bun al omenirii.

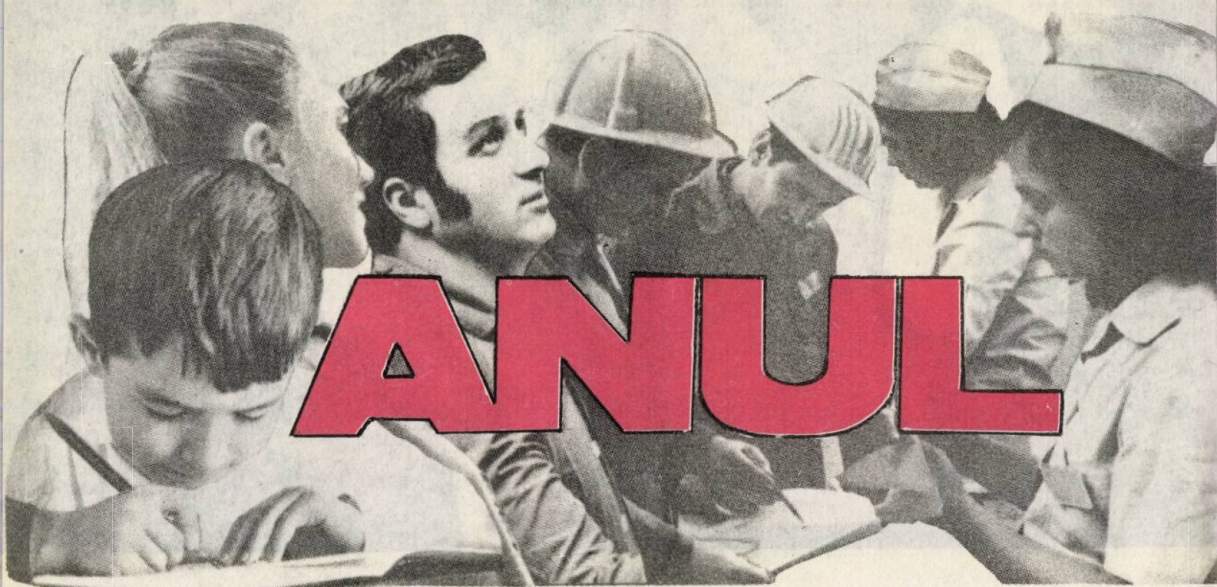




● În toate domeniile activității economico-sociale s-a acționat permanent pentru adâncirea și perfecționarea democrației socialiste, pentru participarea întregului popor la sporirea avuției naționale, pentru înfăptuirea societății socialiste multilateral dezvoltate și înaintarea României, spre comunism.

● Forța partidului nostru rezidă în legătura strinsă cu clasa muncitoare, cu țărănimea și intelectualitatea. Este un adevăr pe care secretarul general al partidului, tovarășul Nicolae Ceaușescu, îl onorează zi de zi cu fapte de adânc patriotism.





ANUL

An care este gândit de fiecare dintre noi prin certitudinea realizărilor de pînă acum, prin realismul proiectelor și cifrelor în curs de devenire.

An în care va fi continuată cu fermitate politica de dezvoltare a patriei, a economiei naționale, de ridicare pe o treaptă calitativ superioară a întregii activități economice și sociale, de creștere a bunăstării materiale și spirituale a întregului popor.

Sub semnul calității și al eficienței se preconizează sporirea valorii producției nete industriale cu 8 la sută, iar a producției nete agricole cu 6,1 la sută. Realizarea acestor cifre de plan este condiționată de obținerea unei producții de înaltă calitate, de reducerea substanțială a consumurilor specifice de materii prime, materiale, energie și combustibil, creșterea gradului de valorificare a tuturor resurselor materiale și a productivității muncii, de o agricultură intensivă, modernă, de mare productivitate.

Va fi astfel posibilă sporirea produsului social cu 4 la sută, iar a venitului național cu 5 la sută.

Toate aceste prevederi de plan vor fi reflectate în domeniul nivelului de trai, prin crește-

rea veniturilor populației, prin îmbunătățirea aprovizionării cu mărfuri și a prestațiilor de servicii, prin continuarea programului construcției de locuințe.

În primul semestru al anului 1983 va continua să se aplice Programul privind măsurile de autoconducere și autoaprovizionare în vederea asigurării unei bune aprovizionări a populației cu produse agroalimentare și bunuri industriale de consum.

Cetățenii țării noastre vor beneficia de o mai bună aprovizionare cu produse agroalimentare și industriale într-o gamă sortimentală diversificată și de calitate potrivit nivelului și structurii veniturilor populației.

Acest program, întocmit pe baza indicațiilor secretarului general al partidului, tovarășul Nicolae Ceaușescu, vorbește despre grija statornică a partidului și statului nostru pentru satisfacerea într-o măsură tot mai largă a cerințelor de consum ale populației, ca o componentă esențială a îmbunătățirii continue a condițiilor sale de viață.

La stabilirea cantităților propuse în programul amintit se vor avea în vedere cerințele impuse de o alimentație echilibrată, științific determinată, diferențiată în funcție de vîrste, pro-

1983

fesii, sezon. Volumul desfacerii mărfurilor prin comerțul socialist va fi cu aproape 3 la sută mai mare decât în anul 1981.

Telul suprem al politicii partidului și statului este edificarea unei societăți în centrul căreia se află omul, bunăstarea și fericirea sa, creșterea continuă a nivelului de trai, de civilizație și cultură al întregului popor.

Veniturile oamenilor muncii de la orașe și sate vor crește în continuare.

În anul 1983 retribuția medie reală a personalului muncitor va crește față de 1980 cu 4 la sută, iar veniturile reale ale țărănimii cu circa 10 la sută.

Vor spori substanțial cheltuielile statului destinate satisfacerii nivelului social-cultural al populației. Un puternic avânt vor cunoaște în continuare construcția de locuințe, dezvoltarea și modernizarea tuturor localităților.

Se estimează că încă 200 000 de familii vor primi în anul 1983 locuințe noi.

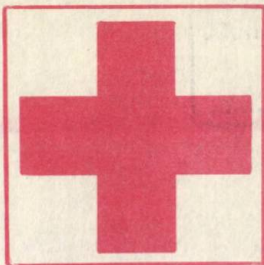
Iată doar câteva cifre pentru anul 1983.

Cum va fi deci anul în care intrăm? Un an bun, mereu mai bun, în concordanță cu eforturile ce se întreprind pentru întreaga dezvoltare economico-socială a țării. Un an bun în raport cu eforturile ce se fac de către fiecare om al

muncii din patria noastră. Vom trăi mai bine, aceasta înseamnă că viața noastră materială și spirituală se va îmbogăți continuu.

Și cum întotdeauna starea de bine și progres a fost întregită de ocrotirea și dezvoltarea sănătății, o serie de alte măsuri vor veni să adauge noi posibilități pentru refacerea forței de muncă, pentru recuperare, pentru odihnă și tratament al oamenilor muncii. Oamenii de știință, cercetătorii, medicii sînt angajați pentru promovarea în continuare a medicinei omului sănătos, pentru prevenirea unor boli, pentru recuperarea celor cu boli cronice. Dar sănătatea, pe care o asociem firesc la ceea ce numim bunăstare, depinde în mare măsură de fiecare dintre noi. Vom putea munci mai bine și vom putea să ne bucurăm de roadele muncii noastre în raport și cu starea noastră de sănătate și a familiilor noastre. Să asociem urării tradiționale de început de an „La mulți ani cu sănătate” eforturile și convingerile noastre pentru un comportament rațional, sănătos în orele de muncă, ca și în cele de odihnă și recreare, să străbatem cele 365 de zile sănătoși, cu putere de muncă, cu rezultate deosebite, să adăugăm deci încă un an în slujba împlinirii patriei.

Sănătatea

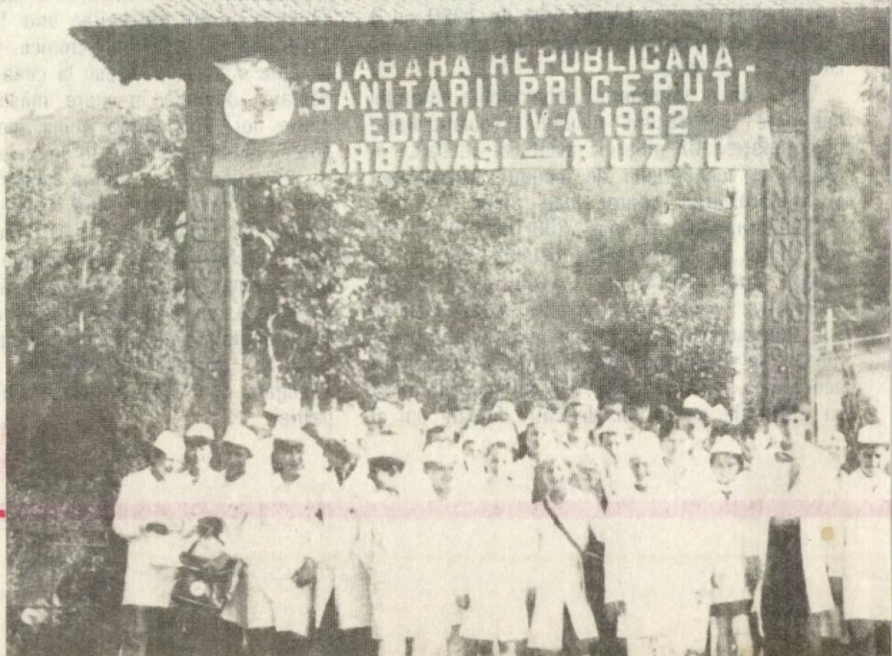


TINEREȚEA ȘI VIGOAREA ORGANIZAȚIEI NOASTRE

Dr. Lidia ORĂDEAN
președinte al Consiliului Național
al Societății de Cruce Roșie
din Republica Socialistă România

CRUCEA ROȘIE ROMÂNĂ, AZI

Crucea Roșie română este tânără! Deși numără 107 ani, ea se dovedește a fi o organizație care a reușit să cuprindă în rindurile sale numeroși tineri. Astăzi, din cei aproape 7 milioane de membri — față de 4,4 milioane existenți în anul 1973 și 6,2 milioane în 1978 — peste 3 milioane sînt elevi și studenți.



În pragul celui de-al 107-lea an de activitate al Crucii Roșii române, o retrospectivă a contribuției sale la înfăptuirea politicii sanitare și social-umanitare, de pace și colaborare internațională a partidului și statului nostru atestă, prin rezultatele obținute, tinerețea și vigoarea acestei organizații. O tinerețe și o vigoare ce se reflectă în entuziasmul și spiritul de inițiativă al comitetelor și comisiilor de Cruce Roșie, în munca neobosită și cu bune rezultate a largului său activ obștesc. O tinerețe și o vigoare care își au un izvor nesecat în valoroasele indicații ce i-au fost date cu diferite prilejuri de către acel care, cu exemplară grijă, se preocupă de îndrumarea și continuarea creșterii contribuției Crucii Roșii la viața social-politică a României socialiste, tovarășul Nicolae Ceaușescu, secretar general al partidului, președintele republicii.

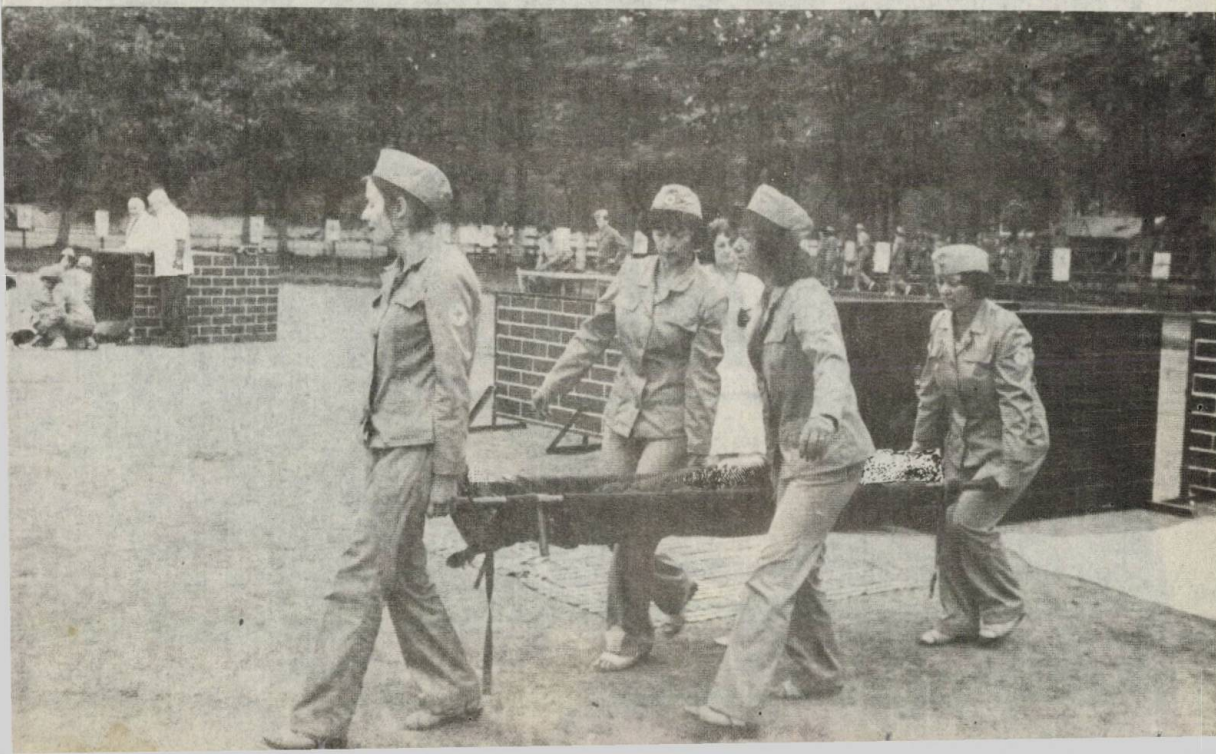
Conștientă de rolul și răspunderile ce i s-au încredințat în domeniul apărării sănătății populației, Societatea de Cruce Roșie a pregătit, cu sprijinul Ministerului Sănătății, al personalului sanitar, numai în ultimul deceniu, un numeros activ sanitar obștesc în rindurile căruia acționează peste 130 000 de echipiere sanitare, 339 882 de

memברי ai colectivelor posturilor de prim-ajutor și aproape 33 000 de surori voluntare de Cruce Roșie. Desfășurînd o neîntreruptă muncă de propagandă și educație sanitară, participînd ca instructori sanitari la pregătirea populației în probleme de prim-ajutor, mobilizînd masele la acțiunile profilactice, de donare onorifică a singelui, educativ-sanitare, de igienizare și de protecția mediului ambiant, activiștii sanitari obștești ai Crucii Roșii își aduc o însemnată contribuție la înfăptuirea măsurilor de ocrotire a sănătății și vieții. O contribuție caracterizată prin operativitatea, competența și spiritul de răspundere cu care acționează la locul de muncă în situații neprevăzute și în cazul unor calamități sau accidente, salvînd vieți aflate în pericol, îngrijind pe cei lezați și participînd la lichidarea grabnică a urmărilor.

Pentru a menține permanent operativitatea și capacitatea de acțiune a numerosului său activ sanitar obștesc, Consiliul Național al Societății de Cruce Roșie îl pregătește continuu imprimînd acestei activități un caracter dinamic, competițional. Astfel, anual se verifică cunoștințele teoretice și practice ale echipierelor sanitare în cadrul tra-

Peste 130 000 de echipiere încadrate în peste 7 000 de grupe sanitare voluntare ale Crucii Roșii, din care 52,75 la sută acționează în mediul rural, sînt instruite pentru a interveni în orice moment alături de personalul sanitar în apărarea sănătății și vieții oamenilor. Pregătirea

grupei sanitare se verifică prin tradiționalele concursuri și se finalizează cu etapa republicană. În 1982 la această etapă pe primele locuri s-au situat formațiunile din municipiul București și județele Arad, Maramureș și Giurgiu.



diționalului concurs al grupelor sanitare, cu etape de masă la care participă toate cele peste 7 000 de formațiuni, cu etape orășenești, municipale și județene, care constituie prilej de emulație, dar și de selecție obiectivă, finalizându-se din doi în doi ani cu etapa republicană la care participă cele mai bine pregătite grupe sanitare din toate județele țării și din municipiul București. La rîndul lor, colectivele posturilor de prim-ajutor, constituite în toate locurile de muncă, în școli, facultăți, cartiere, sate și pe principalele trasee turistice, își îmbunătățesc pregătirea teoretică și practică participînd anual la un concurs care cuprinde etape de masă și se finalizează la etapa județeană.

Cadre de rezervă ale organizației noastre, surorile voluntare ale Crucii Roșii participă din ce în ce mai mult la activitatea comisiilor și comitetelor de Cruce Roșie aducîndu-și, sub îndrumarea personalului sanitar, o importantă contribuție la realizarea acțiunilor profilactice, de propagandă și educație sanitară, de igienizare și protecție a mediului ambiant. Între modalitățile de îmbogățire permanentă a cunoștințelor acumulate se înscrie și concursul „Cea mai bună soră de Cruce Roșie” care aduce la start mii de absolvente ale cursurilor de surori.

Pregătirea activului sanitar obștesc al Crucii Roșii, prin caracterul ei competițional inedit și prin modalitățile interesante de abordare, realizează o eficientă propagandă în rîndurile populației în favoarea însușirii de către toți cetățenii a noțiunilor elementare de prim-ajutor, bucurîndu-se de o largă audiență în mase. Pornind de la adevărul că prin toate formele și mijloacele sale cultura a devenit o componentă de bază a calității vieții, ea oferind omului contemporan un univers de valori în care se regăsește cu toată bogăția și frumusețea vieții sale materiale și spirituale, cele peste 61 000 de comisii și comitete de Cruce Roșie de la toate nivelurile situează permanent în centrul activității lor formarea unei opinii de masă în favoarea participării fiecărui cetățean, de la cea mai fragedă vîrstă, la apărarea sănătății individuale și colective. Promovînd ideea menținerii sănătății — bunul cel mai de preț al fiecărui om — pe baza principiilor igienei și profilaxiei, contribuția organizațiilor de Cruce Roșie la educarea sanitară a populației poartă amprenta specificului fiecărui loc de muncă sau de viață și a problematicii caracteristice de sănătate. Acțiunile inițiate de comitetele și comisii de Cruce Roșie au ca scop primordial cunoașterea factorilor de risc

În 1978 aproximativ 100 000 de posturi de prim-ajutor, iar în 1982, peste 113 000 au contribuit la apărarea sănătății și vieții populației. Creșterea evidențiază utilitatea acestor formațiuni sanitare vo-

luntare ale Crucii Roșii, care își desfășoară activitatea la locul de muncă, în unități industriale și agricole, în instituții și școli, pe trasee turistice, în tabere pentru pionieri și școlari, pe șantiere, la arii.



ai sănătății, a modalităților de prevenire și de combatere a lor, bucurându-se de participarea medicilor și a numeroși specialiști — pedagogi, psihologi, sociologi, juriști etc. Simpozioanele organizate de Consiliul Național, colocviile revistei „Sănătatea” desfășurate în diferite județe în colaborare cu comitetele de Cruce Roșie și alți factori educaționali, mesele rotunde, dialogurile și dezbaterile pe teme de sănătate inițiate de organizațiile noastre de la toate nivelurile sînt întotdeauna urmărite cu deosebit interes de cetățeni, contribuind la creșterea culturii sanitare, la îmbunătățirea comportamentului față de apărarea sănătății.

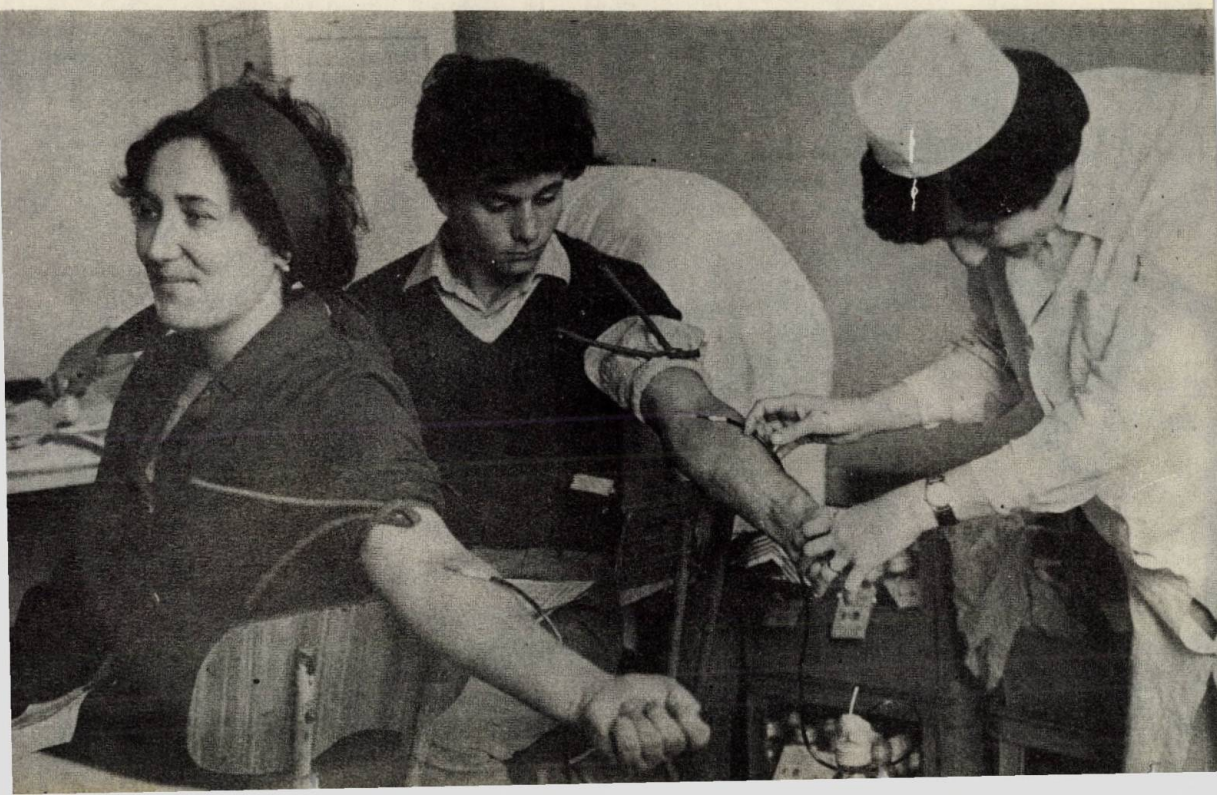
De educația pentru sănătate beneficiază într-o mare măsură tinerele generații, școala asigurînd cadrul cel mai propice acestei activități. An de an se desfășoară în școlile generale și în licee, cu rezultate tot mai bune, concursul „Sanitarii pricepuți”, competiție care la etapele de masă aduce la start peste 3 milioane de pionieri și elevi. Concursul s-a dovedit a fi o modalitate eficientă de însușire și continuă consolidare încă de pe băncile școlii a noțiunilor și tehnicii de acordare a primului ajutor, de educare a tinerelor generații în spiritul principiilor întraajutorării umane promovate de mișcarea de Cruce Roșie. O dată la doi ani, în

cadrul Festivalului național „Cîntarea României”, Consiliul Național al Societății de Cruce Roșie împreună cu Ministerul Educației și Învățămîntului, Consiliul Culturii și Educației Socialiste, organizațiile de tineret, Uniunea scriitorilor și Uniunea artiștilor plastici organizează concursul de creație literară și de artă plastică pe teme de sănătate și de Cruce Roșie „Pentru sănătate și umanitate”, pentru preșcolari și elevi. Urmărind dezvoltarea sentimentelor patriotice și umanitare ale tineretului studios prin realizarea unor creații artistice și literare valoroase inspirate din activitatea și preocupările Crucii Roșii, concursul constituie totodată un mijloc de stimulare și afirmare a tinerelor talente, de formare a unor trăsături morale cetățenești înaintate, caracteristice omului nou al societății socialiste. Cercurile „Prietenii Crucii Roșii” și „Viitorii donatori onorifici de sînge”, organizate în școli generale și în licee contribuie, prin problematica pe care o abordează la cunoașterea rolului igienei, profilaxiei și vieții raționale în menținerea sănătății, la formarea și dezvoltarea sentimentului de întraajutorare manifestat și prin actul cu profunde implicații etice al donării onorifice de sînge.

Dar educația pentru sănătate și omenie a tîne-

Procentul donatorilor onorifici a crescut în ultimii zece ani de aproape 3 ori, ca urmare a propagandei pe care Crucea Roșie a făcut-o în favoarea donării de sînge. Astfel, dacă în 1973 doar 32 la sută dintre donatori erau onorifici, în 1978

ponderea lor reprezenta 80 la sută, iar în acest an este de aproape 84 la sută. Actul donării onorifice de sînge, prin care se contribuie efectiv la salvarea vieților în pericol, este efectuat de cetățeni de la orașe și sate, în majoritate tineri.



relor generații se continuă și în anii studenției. Primite cu receptivitate crescândă îndeosebi în ultimul timp, ca urmare a chemărilor adrese de organizații de Cruce Roșie din unele institute de învățământ superior și a întrecerilor pe care le-au declanșat, acțiunile educativ-sanitare oferă posibilitatea dezbaterii de către studenți a problemelor de sănătate specifice vârstei tinere și ale vieții de familie, contribuind la îmbogățirea culturii generale și sanitare, la cunoașterea răspunderilor ce le vor reveni la viitoarele locuri de muncă și față de apărarea sănătății.

O sarcină de mare răspundere, ce decurge din prevederile Legii privind asigurarea sănătății populației, o reprezintă organizarea și desfășurarea instruirii în probleme de prim-ajutor a tuturor cetățenilor începând de la vârsta școlară. Societatea de Cruce Roșie își aduce o contribuție importantă alături de Ministerul Sănătății și Ministerul Educației și Învățământului la organizarea și desfășurarea acestei ample acțiuni educativ-sanitare. Datorită bunei colaborări realizate între cei trei factori de răspundere, la sfârșitul acestui an se va încheia etapa a II-a, în cadrul căreia au fost instruiți și declarați apți să acorde primul ajutor aproape 5 milioane de oameni ai muncii din prin-

cipalele ramuri industriale, elevi și studenți. Dar continuarea acțiunii până în anul 1985, când se va încheia instruirea celor peste 13 milioane de cetățeni planificați, implică o mare responsabilitate din partea tuturor comisiilor și comitetelor de Cruce Roșie, care au datoria să desfășoare o neîntreruptă muncă de propagandă în rândurile populației, de mobilizare a tuturor cetățenilor la instruire, pentru încheierea ei cu succes la termenul stabilit.

O atenție deosebită va trebui să acordăm în anul 1983 formării la toți cetățenii a deprinderilor de alimentație științifică, factor important al asigurării sănătății, în spiritul prevederilor Programului proiect elaborat din inițiativa secretarului general al partidului, tovarășul Nicolae Ceaușescu. În acest scop, Consiliul Național va participa alături de celelalte organizații de masă și obștești la răspindirea cunoștințelor privind alimentația științifică prin organizarea de cursuri de inițiere și concursuri de masă, precum și prin editarea de materiale de popularizare. Acțiune de o înaltă răspundere socială, educarea populației pentru o alimentație științifică creează largi posibilități inițiativelor menite să contribuie la răspindirea cunoștințelor necesare prevenirii erorilor alimentare.

În sprijinul activității educativ-sanitare, Consiliul Național al Societății de Cruce Roșie a tipărit și difuzat gratuit cetățenilor un număr însemnat de materiale. Numai în perioada 1975—1981 au fost difuzate 27 titluri de broșuri și manuale, precum și afișe, pliante într-un tiraj de aproape 10 milioane de exem-

plare. De asemenea, au fost realizate 18 filme documentare și artistice de scurt metraj. În ultimii ani materialele cu tematică educativ-sanitară au contribuit la buna instruire în probleme de prim ajutor a milioane de cetățeni participanți la această amplă acțiune.



cunoașterii cerințelor fiziologice de consum pentru omul sănătos și suferind.

Trăsătură definitorie a umanismului ce caracterizează poporul nostru, spiritul de solidaritate și întruajutorare se manifestă plener în societatea noastră socialistă. Consecvență principiilor care îi călăuzesc activitatea, Crucea Roșie română consideră o înaltă îndatorire de a iniția și sprijini permanent și în anul 1983 orice acțiune menită să contribuie la creșterea numărului donatorilor onorifici și a procentului de sânge obținut pe această cale.

Avem datoria ca în anul 1983 să continuăm mai bine și mai intens activitatea desfășurată în sprijinul unităților de asistență socială și în beneficiul celor asistați — copii, vîrstnici și handicapați — pentru a realiza o legătură mai trairnică cu ei, pentru a le risipi singuratarea și a le reda încrederea în oameni. Acțiunile inițiate de Crucea Roșie și dedicate handicapatilor în anul 1981, între care amintim tabăra pentru elevii din școlile speciale, precum și organizarea în 1982 a concursului de artă aplicată și artă plastică „Voință, muncă, sănătate”, în scopul antrenării handicapatilor adulți, încheiat cu o expoziție republicană, au confirmat eficiența lor și necesitatea de a fi continuate și di-

versificate în anii viitori.

Înscriind la loc de cinste deviza „Per humanitatem ad pacem”, mișcarea internațională de Cruce Roșie continuă unul dintre principiile sale fundamentale care au determinat crearea ei în secolul trecut. Crucea Roșie română — una dintre cele mai vechi societăți naționale din cadrul acestei mișcări, acționînd în spiritul politicii externe a partidului și statului nostru, al indicațiilor tovarășului Nicolae Ceaușescu, se manifestă consecvent ca o prezență activă în relațiile cu celelalte societăți naționale, cu organisme internaționale ale Crucii Roșii, militînd neabătut pentru întărirea continuă a solidarității cu toate forțele progresiste, înaintate ale omenirii în lupta pentru pace și colaborare, pentru faurirea unei lumi mai bune și mai drepte pe planeta noastră.

În pragul celui de-al 107-lea an al existenței sale Crucea Roșie română este hotărîtă să acționeze cu entuziasmul, tinerețea și vigoarea generate de înaltele răspunderi ce i se încredințează, împreună cu întregul popor pentru înfăptuirea sarcinilor pe care înaltul forum al partidului nostru — Conferința Națională — le va trasa pentru viitorii ani.

Prezente în acțiuni educativ-sanitare, dar mai ales în cele social-umanitare, de ajutorare a vîrstnicilor bolnavi și fără familie ori de sprijinire a leagănelor și caselor de copii, surorile voluntare ale Crucii Roșii reprezintă cadrele cele mai bine

instruite ale organizației. Celor aproape 33 000 surori de Cruce Roșie pregătite prin cursuri de 2 ani — începînd din anul 1972 — li se vor adăuga în curînd elevele din anii I și II ale celor circa 300 de cursuri organizate în toate județele țării.





Astăzi, mai mult ca oricând în istorie, oamenii identifică pacea cu viața. Pentru că primejdiile ce amenință în zilele noastre pacea reprezintă, practic, amenințări directe la adresa vieții. Este această dramatică realitate produsul nemijlocit al cursei înarmărilor, mai ales al celor nucleare, al acumulării unor uriașe arme din ce în ce mai sofisticate și mai distrugătoare ce se aglomerează în arsenalele Europei și ale altor continente. Și aceasta, pe fundalul unui climat internațional extrem de tulbur, a perpetuării unei tensiuni care riscă să facă din destindere o amintire, din coexistența pașnică o umbră palidă a unei promisiuni neîmplinite.

Vreme de treizeci și șapte de ani, umanitatea a reușit să evite o nouă conflagrație, un al treilea război mondial. Ce a realizat în acest interval? O profundă și puternică mutație în modificarea echilibrului de forțe, prin desființarea marilor imperii coloniale și apariția a zeci și zeci de noi state independente, prin afirmarea categorică a clasei muncitoare ca principala forță motrice a societății contemporane; a realizat revoluția tehnico-științifică, conferind progresului în acest domeniu un ritm și performanțe fără precedent. Paralel, stăpînirea energiei nucleare a dus la crearea celui mai înfricoșător arsenal, diferențele în nivelul de dezvoltare au atins dimensiuni de prăpastie, războaiele și conflictele locale au accentuat, pînă la puncte deseori extrem de critice, starea de tensiune internațională alimentată permanent de recurgerea la vechile practici ale politicii de forță și dictat. Putem deci, în prezența acestor date și realități, avea sentimentul că lumea trăiește fericita epocă a păcii, a păcii reale, neamenințate, a păcii senine prin însăși neîngrădita sa capacitate creativă?

Un răspuns afirmativ ar fi o mare eroare atît prin neconcordanța sa flagrantă cu realitatea, cît și prin îndemnul, pe care implicit l-ar conține, la pasivitate și autoliniștire. Desigur, aceasta nu înseamnă nici pledoarie în favoarea panicii, nici necunoașterea imensului merit ce revine eforturilor de împiedicare a izbucnirii unui nou război mondial. Dar pacea e fragilă, pîndită mereu de noi pericole și amenințări.

România socialistă, președintele Nicolae Ceaușescu au făcut, de-a lungul anilor, dovada deplină a înțelegerii lu-

Sanda RANGHET
secretar al Comitetului Național
pentru Apărarea Păcii
din Republica Socialistă România

cide a acestei realități, dinamica politică externă a țării noastre fiind, în ultimă instanță, o suită neîntreruptă de acțiuni și contribuții în favoarea păcii, a colaborării pașnice între toate statele lumii. Angajat într-o marea operă de dezvoltare multilaterală a patriei sale pe coordonatele orînduirii socialiste, poporul român identifică în normalizarea raporturilor internaționale, în securitatea și pacea lumii o condiție primordială a îndeplinirii propriilor sale obiective interne. Pornind de la legătura indisolubilă dintre politica sa internă și cea externă, România și președintele ei au cristalizat în fața întregii lumi însăși noua calitate ce se cere păcii în epoca actuală — o pace ce nu poate fi decît dinamică, un continuu proces de consolidare și lărgire a legăturilor dintre toate statele lumii, în spiritul noilor principii și norme de conviețuire internațională. Realizarea unei asemenea păci reclamă însă, în viziunea românească, îndeplinirea cîtorva condiții fundamentale.

O asemenea condiție este respectul independenței și suveranității fiecărui stat, al fiecărui popor. Astăzi, cînd egalitatea statelor, participarea lor la dezbaterile și reglementarea marilor probleme ce confruntă umanitatea se impun tot mai mult ca o cerință a conviețuirii pașnice și constructive, respectul independenței fiecărei țări, indiferent de regimul său social-politic, de potențial sau de mărime, este principala poartă de acces spre introducerea unei noi calități a vieții internaționale, spre democratizarea ei reală, spre echitate și justiție la scară mondială.

Impunerea păcii în lume implică, de asemenea, în mod obligatoriu soluționarea problemelor litigioase dintre state numai și numai pe calea tratativelor pașnice. Dacă existența și apariția unor litigii și dispute între state pot fi de înțeles într-o lume atît de complexă ca cea de astăzi, reglementarea acestora trebuie realizată prin evitarea forței și confruntării, prin recurgerea la negocieri,

singurele în măsură să împiedice degenerarea litigiilor în violență armată, degenerare cu atât mai posibilă în condițiile contradicției puternice dintre politica de forță și dictat, de reimpărțire a lumii în sfere de influență, pe de o parte, și lupta pentru păstrarea și consolidarea independenței naționale, pentru lichidarea practicilor coloniale și imperialiste, pentru o politică de egalitate și

OBIECTIV PRIMORDIAL

respect între toate națiunile lumii, pe de altă parte.

În Europa, ca și în lume, pacea nu poate fi decât un obiectiv ambiguu în prezența continuării nestăvileite a cursei înarmărilor. Ca atare, nu se poate vorbi de pace în afara dezarmării, a reducerii cheltuielilor militare, a unor serii întregi de alte măsuri menite să sporească încrederea între state. În context, este din nou de subliniat faptul că România depune eforturi și contribuții susținute în vederea încheierii cu succes a reuniunii general-europene de la Madrid, astfel încât aceasta să poată da un nou impuls politicii de destindere, să asigure înlăturarea prevederilor Actului final de la Helsinki, să pună bazele convocării unei conferințe speciale de sporire a încrederii și dezarmare în Europa, să asigure continuitatea reuniunilor din cadrul CSCE.

În viziunea țării noastre, marile decalaje economice între statele lumii se constituie într-unul din obstacolele majore în calea păcii. Atita vreme cit lumea va fi împărțită în bogați și săraci, cu implicațiile serioase pe care le generează această contradicție fundamentală a lumii contemporane, progresul în pace al omenirii rămâne precar și iluzoriu.

În toate marile documente ale partidului și statului nostru este subliniat rolul deosebit de important al opiniei publice, al popoarelor în determinarea unui curs pozitiv al vieții internaționale, în instaurarea unei păci reale și durabile pe planeta noastră. Marile demonstrații din vestul european, din Statele Unite și din Japonia, din țările altor continente mărturisesc cu putere că popoarele sînt, într-adevăr, hotărîte să joace acest rol cu cea mai mare eficiență. Acțiunile pentru pace au ajuns în stadiul în care solidaritatea opiniei publice depășește, în numele obiectivului comun, diferențele de opinie politică sau religioasă. Poporul român este deplin solidar cu celelalte popoare în această luptă mondială pentru asigurarea păcii. Cele 18 milioane de semnături pe Apelul adresat Adunării Generale a O.N.U., manifestările care au avut loc în țara noastră, însăși munca de construcție pe care o realizăm sînt mărturii ale prezenței noastre active în frontul mondial al păcii. În umbra amenințătoare pe care o proiectează cursa înarmărilor și grava tensiune internațională străbate o lumină mereu mai strălucitoare, datătoare de speranțe: este lumina pe care o emană înțelegerea tot mai clară de către popoare a faptului că pacea fiind bunul lor cel mai de preț, ele trebuie să lupte solidar și unite pentru construirea păcii.

**ZIUA MONDIALĂ A
CRUCII ROȘII 1983**

„SALVEZI DACĂ ȘTII SĂ ACȚIONEZI”

Ca în fiecare an tema Zilei mondiale a Crucii Roșii se inspiră din principiile generoase și profund umanitare ale acestei organizații. În 1983 sub genericul „Salvezi dacă știi să acționezi” este adresată chemarea către toate societățile naționale de Cruce Roșie pentru a promova, în spiritul înțelegerii umane, o atitudine responsabilă a individului în fața unor situații care reclamă primul ajutor.

Dintr-un document primit de la Liga Societăților de Cruce Roșie consacrat acestei zile desprindem următoarele argumente.

Vorbim în general despre primul ajutor, dar nu sîntem întotdeauna în măsură de a acționa mai ales în căminul nostru, unde se produc frecvent accidente, ca urmare a ignoranței și imprudenței. Dar pericole sînt și în mediul exterior. De pildă, accidentele de circulație, de muncă, în excursii, vacanțe etc. Realitatea a arătat că primele minute sînt decisive pentru salvarea vieții. A ști să acționezi înseamnă foarte mult. Primul ajutor nu înseamnă neapărat o intervenție calificată, înseamnă să știi să evaluezi rapid situația, să eviți alte leziuni, să alini suferința și să anunți de urgență un serviciu sanitar.

Crucea Roșie este chemată să acționeze în fiecare țară pentru instruirea în masă a populației încît în fiecare familie să fie un „specialist” în acordarea primului ajutor. Totodată, la locurile de muncă se remarcă oportunitatea formațiunilor voluntare ale Crucii Roșii.

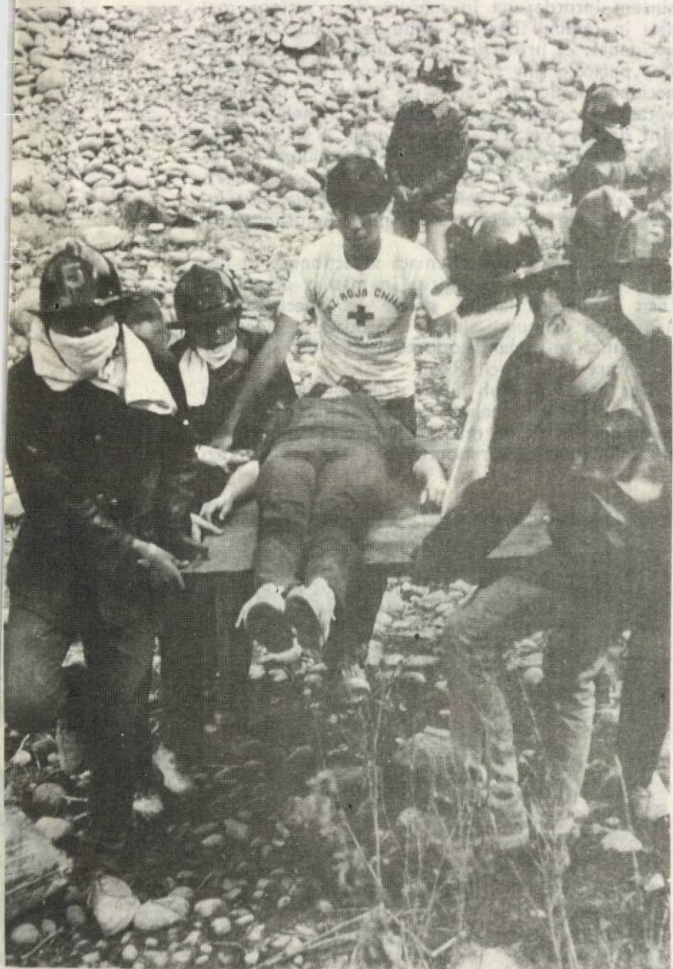
Dar astăzi primul ajutor trebuie gîndit și sub aspect preventiv. Înainte de orice acțiune care implică un risc cît de mic, trebuie să te asiguri. De pildă, în practicarea sporturilor, să știi să-ți fixezi



schiriile, să manevrezi corect o ambarcațiune, să fixezi pitonii în stîncă sau pur și simplu să știi cît te expui la soare, pe o plajă, înseamnă să elimini posibilitatea unui accident.

Societățile naționale de Cruce Roșie sînt chemate în același timp să țină pasul cu modernizarea tehnicilor de prim-ajutor, care înseamnă nu numai îmbunătățirea lor, ci mai ales simplificarea lor. Iată de ce este salutară orice inițiativă ce vine în întîmpinarea acestor cerințe adaptate bineînțeles specificului și posibilităților fiecărei țări.

În lumea în care trăim, urbanizată și tehnici-zată, paradoxal, factorii de risc sînt în creștere. Este și motivul pentru care Crucea Roșie și-a propus ca în acest an ziua sa mondială, sărbătorită la 8 mai, să rețină atenția opiniei publice asupra necesității de a se acționa la timp și cu pricepere în situații de urgență. „Salvezi dacă știi să acționezi” în orice situație este o chemare care se adresează deopotrivă tuturor.



SĂNĂTATE PENTRU TOȚI PÎNĂ ÎN ANUL 2000

NUMĂRĂTOAREA INVERSĂ A ÎNCEPUT

Prezentăm ca de fiecare dată tema zilei mondiale a sănătății pentru anul viitor, beneficiind acum de un material trimis special almanahului nostru de Secretariatul Organizației Mondiale a Sănătății, prin intermediul Centrului de informare al Organizației Națiunilor Unite pentru România.

Principală direcție a activității O.M.S. în anii 1981/1982 a fost aceea îndreptată spre promovarea strategiilor naționale, regionale și globale pentru atingerea obiectivului central al statelor membre în următoarele două decenii: „Sănătate pentru toți pînă în anul 2000. Numărătoarea inversă a început” sau, cu alte cuvinte, o asemenea stare de sănătate pentru fiecare persoană din lume care să-i permită desfășurarea unei activități economice și sociale utile. Aproape toate țările au manifestat un înalt grad de preocupare pentru atingerea acestui obiectiv și au pregătit liniile directoare pentru elaborarea strategiilor și programelor de acțiune.

După cum se știe, cea de-a XXXIV-a Adunarea mondială a sănătății a adoptat, în mai 1981, „Strategia globală pentru sănătate pentru toți pînă în anul 2000”, care reflectă strategiile naționale și regionale privite dintr-o perspectivă globală și răspunde și rezoluției Adunării Generale a Națiunilor Unite privind sănătatea ca parte integrantă a dezvoltării. Strategia definește liniile generale ale acțiunilor ce ar trebui întreprinse la nivel de „politică” și „activități operaționale”, pe plan național și internațional în sectoarele sănătate, economice și sociale pentru a obține „Sănătate pentru toți pînă în anul 2000”.

Statele membre au fost solicitate să intre în acest „contract de sănătate” din propria lor voință și să antreneze toate straturile populației, persoane particulare, familii, comunități, toate categoriile de „lucrători în do-



ZIUA MONDIALĂ A SĂNĂTĂȚII 1983

meniul sănătății", organizații neguvernamentale și alte asociații ale persoanelor interesate. Statele membre au fost solicitate să aloce fonduri corespunzătoare pentru sănătate, și în special pentru asistența sanitară de bază și cea auxiliară din sistemul de asistență medicală.

Adunarea mondială a sănătății a invitat instituțiile, programele și fondurile de profil apropiat din sistemul Națiunilor Unite, ca și alte organisme interesate să acorde asistența financiară și de altă natură țărilor în curs de dezvoltare pentru punerea în aplicare de strategii naționale pentru asigurarea sănătății pentru toți pînă în anul 2000.

Strategia globală a fost prezentată, în 1981, celei de-a XXXIV-a Adunări Generale a Națiunilor Unite de către dr. H. Mahler, directorul general al O.M.S. S-a subliniat rolul unic, specific al O.M.S. în ceea ce privește activitatea internațională din domeniul sănătății. Acest rol cuprinde în esență funcțiile inseparabile și corelate de autoritate care coordonează și îndrumă activitățile în domeniul sănătății pe plan internațional, care asigură cooperarea tehnică între O.M.S. și statele membre. Aceste funcții sînt esențiale în obținerea sănătății pentru toți pînă în anul 2000.

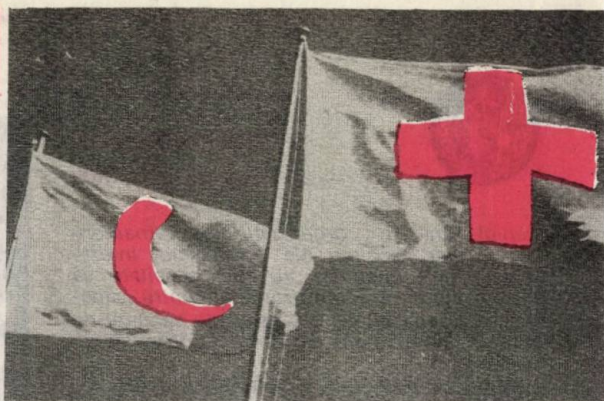
Printre etapele care jalonează eforturile țărilor pentru asigurarea sănătății pentru toți menționăm: asigurarea hranei corespunzătoare pentru toți pînă în 1985, a medicamentelor esențiale pentru toți pînă în 1986 și unei cantități suficiente de apă potabilă și amenajări sanitare pentru toți pînă în 1990; vaccinarea copiilor pentru șase dintre maladiile comune – pojar, tuse convulsivă, tetanos, poliomielită, tuberculoză și difterie, de asemenea pînă în 1990.

Cea de-a XXXV-a Adunare mondială a sănătății din mai 1982 a aprobat planul de acțiune pentru punerea în aplicare a Strategiei globale „Sănătate pentru toți pînă în anul 2000. Numerotarea inversă a început” și a cerut directorului general și Consiliului executiv să urmărească progresele realizate în acest sens. Ea a cerut țărilor membre să „îndeplinească responsabilitățile ce le revin ca parteneri în strategia globală, acceptată în mod solemn prin îndeplinirea în țările lor și prin intermediul cooperării între țări a activităților și sarcinilor ce le revin din planul de acțiune pentru punerea în aplicare a acestei strategii”.

Adunarea mondială a subliniat încă o dată că strategia nu este o „chestiune a O.M.S.”, ci o expresie a responsabilităților naționale, individuale și colective, sprijinite din plin de către aceasta, care oferă o ocazie unică pentru dialogul Nord-Sud într-un domeniu important al cerințelor de bază ale omenirii.



per humanitatem ad pacem



PACEA PE AGENDA CONFERINTELOR INTERNAȚIONALE ALE CRUCII ROȘII

Ideea de pace se regăsește de-a lungul celor 120 de ani de existență ai Crucii Roșii. Conferințele ei internaționale, prin rezoluțiile adoptate, confirmă permanența acestei preocupări. O succintă incursiune are darul să convingă prin litera documentului. Câteva precizări sînt necesare. Pînă în anul 1919 au ființat Comitetul Internațional al Crucii Roșii și societăți naționale de Cruce Roșie, acest an marcînd și constituirea Ligii Societăților de Cruce Roșie și Semilună Roșie, ca federație a societăților naționale.

Problemele grave ale primului război mondial și situația precară ce i-a urmat se regăsesc în documentele celei de-a X-a Conferințe internaționale a Crucii Roșii, desfășurată în anul 1921 la Geneva: „Comitetul Internațional al Crucii Roșii și Liga Societăților de Cruce Roșie adresează un apel tuturor popoarelor din lume pentru a combate spiritul războinic care mai planează asupra lumii” (Rezoluția V).

A XI-a Conferință internațională a Crucii Roșii (Geneva, 1923) „exprimă dorința de a se afirma în orice ocazie ca un simbol al păcii, estîmînd că această concepție nu se abate deloc de la ideea fondatorilor Crucii Roșii, fiind în totală armonie cu spiritul și tradiția instituției” (Rezoluția VII).

Condamnînd războiul chimic și bacteriologic, al XII-lea forum al Crucii Roșii internaționale (Geneva, 1925) exprimă dorința ca protocolul de la Geneva din 17 iunie 1925 cu privire la interzicerea folosirii în timpul războiului a gazelor asfixiante, toxice și mijloacelor biologice „să fie ratificat cît mai curînd posibil, iar statele care n-au aderat încă la el să facă acest lucru în cel mai scurt termen” (Rezoluția V).

Deoarece doar un număr restrîns de state aderaseră la protocolul de la Geneva, a XIII-a Conferință internațională a Crucii Roșii (Haye, 1928) „invită Comitetul Internațional al Crucii Roșii să atragă din nou atenția guvernelor

asupra interesului profund umanitar pe care l-ar avea în viitorul apropiat participarea lor definitivă la protocolul amintit” (Rezoluția V).

Referindu-se la rezoluțiile conferințelor a X-a și a XI-a în favoarea spiritului de pace, conferința „recomandă societăților naționale de Cruce Roșie să considere lupta morală și propaganda împotriva războiului ca una din primele lor îndatoriri” (Rezoluția XVI).

Protecția populației civile împotriva efectelor războiului chimic a stat în atenția celei de-a XIV-a Conferințe internaționale a Crucii Roșii (Bruxelles, 1930) care cere societăților naționale de Cruce Roșie „să ia toate măsurile necesare, în conformitate cu instrucțiunile date în acest domeniu de guvernele respective, pentru apărarea pasivă a populației civile împotriva pericolelor războiului fie că este vorba de război chimic sau combinat cu alte forme de atac” (Rezoluția V). De asemenea, în Rezoluția XXV este formulat rolul Crucii Roșii ca factor de apropiere între popoare, subliniindu-se că „trebuie să găsească toate modalitățile prin care ar putea să sprijine, grație forței morale și prestigiului său, mișcarea mondială în direcția înțelegerii și ajutorului reciproc, garanții sigure ale menținerii păcii, și să lupte împotriva războiului, prevenind astfel suferința, a cărei ameliorare a fost principalul său obiectiv. Acțiunea secțiilor de tineret în favoarea unei mai bune înțelegeri internaționale (Rezoluția V), importanța presei în menținerea bunelor relații internaționale (Rezoluția XXIII), activitatea C.I.C.R. în favoarea protecției populației civile contra războiului chimic și aerian (Rezoluția XXXVI) au stat în atenția celei de-a XV-a Conferințe internaționale a Crucii Roșii (Tokio, 1934).

Împotriva folosirii armelor oarbe și a energiei atomice ca arme în război (Rezoluția XXIV), pentru extinderea programelor de activitate ale Crucii Roșii de tineret, „avînd în vedere importanța prieteniei și înțelegerii inter-

naționale ca temelie a păcii mondiale" (Rezoluția LXIII), Crucea Roșie și pacea (Rezoluția LXIV) s-au aflat pe agenda de lucru a celei de-a XVII-a Conferințe internaționale (Stockholm, 1948), care a adoptat Declarația asupra păcii, prezentată de Liga Societăților de Cruce Roșii în urma sesiunii a IX-a a Consiliului guvernurilor.

„Considerînd războiul, care desparte oame-nii și împrăstie discordia, drept cel mai mare flagel care atinge omenirea și riscă s-o readucă la barbarie”, a XVIII-a Conferință internațională (Toronto, 1952) declară că „acest flagel ar putea dispărea și prin acțiunea Crucii Roșii, care reprezintă nu numai o forță materială în serviciul umanității, ci mai ales o forță morală și spirituală ce unește omenirea prin același sentiment de fraternitate”.

Efortul Crucii Roșii pentru alinarea suferințelor oamenilor atît în timp de pace cît și de război este reînnoit prin apelul lansat de a XIX-a Conferință internațională a Crucii Roșii (New Delhi, 1957) către toate popoarele „de a adopta principiul că războiul nu aduce soluționarea nici unei probleme și, în consecință, să se angajeze să renunțe la el, de a intensifica eforturile în vederea dezarmării generale” (Rezoluția XVIII).

„Invitînd guvernele să nu precupețească nici un efort pentru a găsi soluționări pașnice oricăror diferențe și să pornească în toate deciziile lor de la idealul solidarității umane și de la principiile umanitare unanim recunoscute”, al XIX-lea Forum internațional al Crucii Roșii adoptă o rezoluție cu privire la rolul Crucii Roșii ca factor de pace în lume. Reluată de următoarea conferință internațională, desfășurată la Viena în 1965, aceasta subliniază: „Idealul Păcii Mondiale ca obiectiv moral al eforturilor tuturor națiunilor este realizabil dacă este urmărit cu perseverență” (Rezoluția XI).

„Omul are dreptul să se bucure de o pace durabilă” — a declarat solemn înaltul forum (al XXI) al Crucii Roșii de la Istanbul din 1969, susținînd că destinul comun al umanității depinde de solidaritatea, cooperarea și prietenia sinceră dintre națiuni (Rezoluția XX), iar la Teheran în 1973, la cea de-a XXII-a Conferință internațională, se recomandă creșterea rolului

Crucii Roșii ca factor de pace și convocarea unei conferințe mondiale de Cruce Roșie dedicată păcii (rezoluția a avut printre coautori și Crucea Roșie română, iar conferința a avut loc la Belgrad în 1975).

Găzduite la București în toamna anului 1977, lucrările celei de-a XXIII-a Conferințe s-au aflat sub semnul priorităților reliefate în cuvîntarea rostită de președintele Nicolae Ceaușescu: „Crucea Roșie poate contribui într-o măsură importantă la cauza progresului și păcii; ea nu poate rămîne în afara preocupărilor popoarelor pentru rezolvarea gravelor probleme mondiale”. Cu astfel de comanda-mente conturate, conferința a adoptat rezoluți-le „Misiunea Crucii Roșii” și „Crucea Roșie și pacea” (autorii Crucea Roșie britanică, Alianța Societăților de Cruce Roșie și Semi-lună Roșie din U.R.S.S. și Crucea Roșie română), în care se subliniază: „În spiritul respectului față de principiile sale și prin multiplele ei activități, Crucea Roșie are un rol esențial de jucat, difuzînd în public, în special în rîndurile tineretului, spiritul de înțelegere mutuală și prietenia între popoare, contribuind astfel la stabilirea unei păci durabile”.

Ultima Conferință a Crucii Roșii Internaționale (Manila, 1981), declarîndu-se întru totul de acord cu apelul adresat de C.I.C.R. participanților la prima sesiune specială a Adunării Generale a O.N.U. consacrată dezarmării, a chemat la acțiune pentru „instaurarea unui climat de încredere și securitate, care să permită omenirii ieșirea din impas” (Rezoluția XIII).

Într-o lume convulsio-nată, asupra căreia pericolul unei catastrofe fără precedent planează din ce în ce mai amenințător, liniștea și securitatea omenirii se pot realiza numai prin dezarmare, în primul rînd dezarmare nucleară. În acest sens pledează apelul adresat de Crucea Roșie Internațională celei de-a doua sesiuni speciale a Adunării Generale a O.N.U. consacrate dezarmării.

Pacea este astăzi obiectiv prioritar al omenirii. Idealurile mișcării internaționale de Cruce Roșie pledează pentru apărarea ei ca drept fundamental al omului — dreptul la viață!

Valeria CHILĂU

Pacea rămîne dezideratul de milenii al oamenilor acestui pămînt răvășit de tradiții și războaie





OMENIA

TRĂSĂTURĂ SPECIFICĂ CRUCII ROȘII



Cea de-a IX-a Conferință internațională a Crucii Roșii, desfășurată la Washington în 1912, a hotărât instituirea Medaliei „Florence Nightingale”, în memoria marilor servicii aduse pentru îmbunătățirea îngrijirilor acor-

Pe la jumătatea secolului al XVII-lea, într-o Europă pustiită de ambițiile prinților, împăraților și sultanilor, ajungea în Principatele Unite o idee nobilă născută pe cîmpul de luptă ca un strigăt de protest împotriva morții și suferinței: ideea întrajutorării umane.

Era firesc ca apelul la omenie, această trăsătură atât de aproape de sufletul poporului nostru, să-și găsească în frământata vatră a Carpaților răsunetul așteptat și ca de aici să se nască una dintre primele societăți de Cruce Roșie din lume, membră fondatoare a Ligii Societăților de Cruce Roșie.

De-a lungul celor 107 ani care ne despart de acest memorabil moment, oamenii-oameni au trebuit să lupte pentru a-și salva semenii de pe cîmpurile de luptă, din calamități, de la foamete, din epidemii. E drept, gestul de ajutor n-a fost întotdeauna pur dezinteresat; uneori a fost și fanfaronadă filantropică. Dar, în ansamblul ei, acțiunea Crucii Roșii române a constituit un exemplu de solidaritate umană.

În esența sa ea a rămas aceeași și azi, într-un alt cadru social, chiar dacă formele sale de exprimare sînt altele, chiar dacă sfera acțiunii sale este mult mai vastă.

Fidelă tradițiilor, Crucea Roșie cultivă relații umane caracterizate de înțelegere, căldură și spirit de întrajutorare, fiind o prezență activă, alături de alți factori, în acțiunile de prevenire

ROMÂNCE DISTINSE

date răniților și bolnavilor.

Cine a fost Florence Nightingale? Născută în anul 1820 în Anglia, ea conduce cu mult curaj în timpul războiului Crimeii (1853-1856) un corp de 37 de tinere infirmiere care acordă cu devotament îngrijiri răniților. Atunci, pe cîmpul de luptă, încolțește ideea pregătirii organizate a infirmierelor. Ea va fonda la Londra prima școală laică pentru infirmiere, căreia îi va aduce pe parcurs o serie de perfecționări. Pe plan mondial, problema organizării temeinice a pregătirii infirmierelor s-a pus abia în anul 1920.

În semn de prețuire pentru tot ce a realizat într-un domeniu atât de important și încărcat de semnificații umanitare, medalia, din argint, are încrustat portretul inițiatoarei, înconjurat de dictonul: „Pro vera misericordia et cara humanitate perennis decor universalis”. Se atribuie de către Comitetul Internațional al Crucii Roșii o dată la doi ani infirmierelor și surorilor voluntare ale Crucii Roșii, care se disting în mod excepțional prin devotamentul cu care îngrijesc bolnavi sau răniți, în timp de pace sau război.

În șirul numelor ce au fost gravate în cen-

a îmbolnăvirilor, de apărare a sănătății oamenilor. Activitatea sa umanitară se desfășoară pentru ajutorarea la domiciliu a bolnavilor cronici, a bătrânilor fără familie, a convalescenților și a persoanelor cu mari invalidități.

După cum se știe, în acțiunea sa profund umanitară, statul a preluat îngrijirea copiilor orfani, a celor proveniți din mediul t.b.c. sau din familii dezorganizate, a copiilor handicapați. Rețeaua unităților de ocrotire, integrată sistemului de învățămînt, realizează educarea, instruirea, asistența medicală, formarea profesională și pregătirea pentru viață a acestor copii și tineri. Dar dincolo de toate acestea, copiii au nevoie de dragostea și încrederea celor din jur pentru integrarea lor socială, au nevoie de căldură și afecțiune. În acest climat le este asigurat în multe cazuri de oameni inimoși - activiștii obștești de Crucea Roșie, suflători care ating uneori adevărate culmi ale omeniei, influențînd și sensibilizînd opinia publică pentru reconsiderarea și reintegrarea handicapatilor ca ființe omenești, normale și egale.

Crucea Roșie, organizație de masă profund umanitară care își consacră activitatea grijii pentru oameni, are un rol important pentru cultivarea sentimentelor de respect și grijă față de persoanele în vîrstă, pentru care nu bătrînețea este grea, ci singurătatea. În acest

sens Crucea Roșie și-a înscris în programul său asigurarea pentru aceste persoane a unor servicii casnice, lectura unor cărți, organizarea unor seri plăcute și distractive, aducîndu-le bucurie și optimism.

În numele omeniei, a dorinței de a oferi un ajutor concret celor ce suferă, s-a născut și s-a dezvoltat ideea donării de sînge. În sprijinul donării onorifice de sînge, pe care a inițiat-o ca acțiune de masă din anul 1962, Crucea Roșie desfășoară, alături de personalul sanitar, o muncă susținută pentru a convinge un număr tot mai mare de persoane să devină donatori onorifici de sînge, dezvoltînd în același timp sentimentul de solidaritate. Donarea onorifică de sînge a devenit astfel în țara noastră un act de prețuire a vieții, o faptă de înaltă conștiință morală pentru toți cetățenii adulți și sănătoși.

Aceste înalte trăsături umane, promovate cu multă consecvență de Crucea Roșie, contribuie la apropierea dintre oameni, îi fac să fie mai buni. În acest cadru, omul are conștiința că nu este singur pe acest pămînt, că existența sa este în strînsă legătură cu a tuturor celorlalți semeni, că soarta sa depinde de cea a întregii omeniri și nu poate fi concepută în afara acesteia.

Nicolae PREJA

CU MEDALIA „FLORENCE NIGHTINGALE“

trul medaliei de argint (pe medalie este gravat numele titularului) găsim și șase românce. Eleonora Mihăilescu, Constanța Tarasov, Zoe Georgescu au primit înalta distincție în iunie 1931, pentru deosebită și curajoasă activitate desfășurată în anii primului război mondial, pentru neobosită muncă de după război închinată idealurilor umanitare. Ioana Cruceanu și Elena Nichita-Zeleniuc primesc această distincție pentru munca remarcabilă în rîndurile celor șapte echipe formate din 200 de cadre medico-sanitare care atîr în timpul agresiunii imperialiste din Coreea, cît și după aceea au dovedit spirit de sacrificiu, îngrijind cu căldură și înțelegeră răniți, bolnavi și victime din rîndul populației civile.

Tot în luna iunie, dar în 1981, Aneta Neculau, comandanta grupei sanitare de la Direcția de telecomunicații a municipiului București, primește înalta distincție pentru tenacitatea și dăruirea cu care timp de peste 21 de ani s-a pregătit, a muncit și a acționat în diverse situații în fruntea acestei formațiuni care în anul 1982 s-a clasat pe primul loc la a III-a ediție a etapei republicane a concursului grupelor sanitare.

Eleonora MIHĂILESCU

Constanța TARASOV

Zoe GEORGESCU



Ioana CRUCEANU

Elena NICHITA

Aneta NECULAU

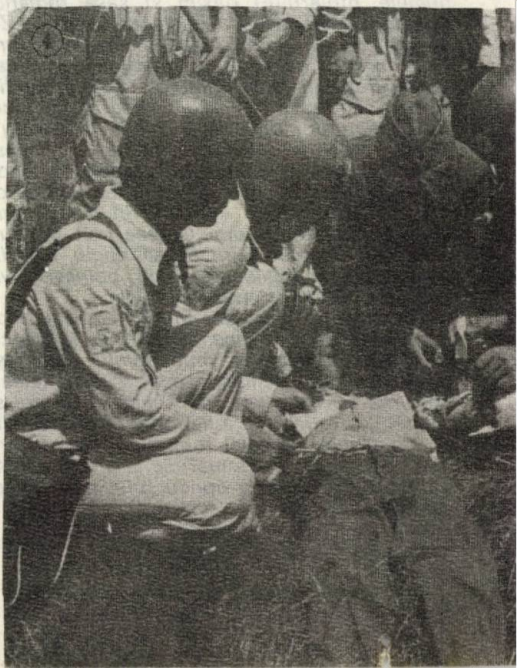
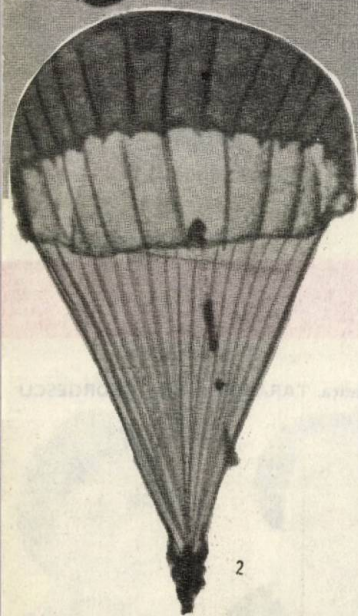
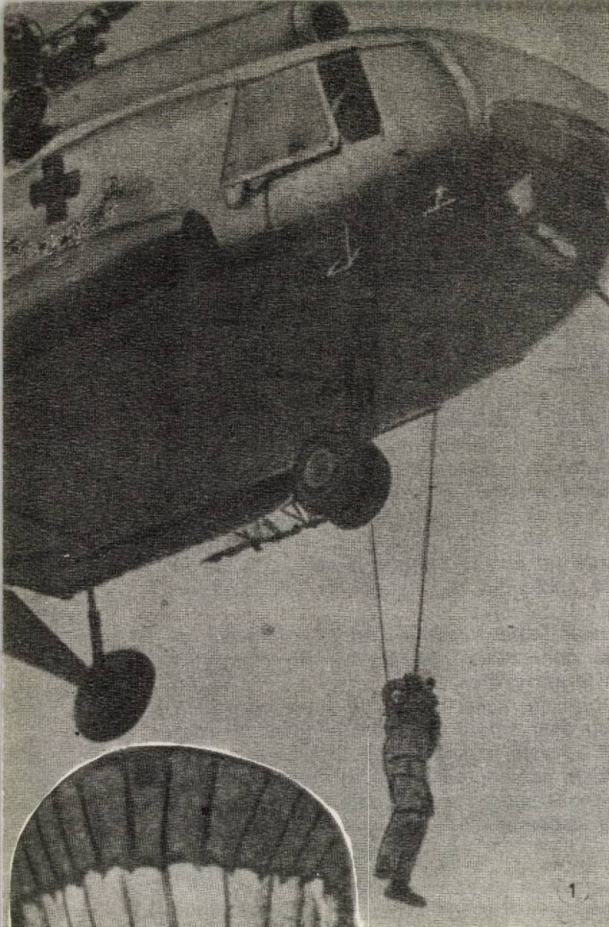


AVIA

UN GÎND CA UN ZBOR

„Sanitari sau parașutiști? Și una și alta! Ordinul de zbor: Să facem totul pentru salvarea oamenilor“.

Cel care îmi spune aceste cuvinte, rostindu-le apăsător, militărește, este un om între două vârste, peste care anii au trecut săpînd cute adînci în jurul ochilor, deși n-au reușit să-i tocească entuziasmul. Andrei Popescu, instructor voluntar de aviație sportivă și membru al Consiliului Național al Societății de Cruce Roșie. A fost parașutist și mai este încă parașutist. De profesie este însă ofițiar sanitar. Din profesie și pasiune s-au născut o idee: **Aviasalv** sau, pe înțelesul tuturor, Salvarea aeriană — o unitate sanitară specială care în locul tradiționalelor mașini cu o cruce roșie se deplasează la locul accidentului — fie în munți, fie în locuri greu accesibile, fie în zone îndepărtate, cu elicopterele. Împreună cu prietenii săi, Vasile Sebe (52 de ani), Ion Roșu (45 de ani) și Florica Uță (35 de ani), maeștri emerți și maeștri ai sportului, componenți ai lotului național de parașutiști sportivi, au format prima echipă. Abia în 1980, la 6 septembrie — cum îi place acum să-și amintească, a luat ființă Aviasalvul — grupul de parașutiști sportivi pentru intervenție sanitară de prim-ajutor de pe lîngă Aeroclubul central român. În decurs de numai doi ani, aproape 300 de tineri — studenți, muncitori, ba chiar și pionieri s-au



SALV

DE PASĂRE ALBĂ

format prin cursuri teoretice și practice în taberele de pregătire a tineretului pentru apărarea patriei, fiind în prezent pregătiți pentru a interveni prompt și eficient. „Operațivi”, adică gata în orice moment să intre în acțiune, sînt însă doar 40, două grupe: „Aurel Vlaicu” — condusă de Andrei Popescu, și „Henri Coandă” — condusă de Vasile Sebe.

Priceperea și-au probat-o și cu prilejul etapei municipale a concursului grupelor sanitare desfășurat în Capitală în anii 1980 și 1981 și în acțiunile cu caracter tehnico-aplicativ de aviație. Instruiți conform prevederilor regulamentului grupelor sanitare ale Crucii Roșii, parașutiștii de la Aviasalv cunosc în plus modalitatea de resuscitare cardiacă cu aparate „Ruben”. Printre ei se disting tinerii muncitori Marius Popovici de la Întreprinderea „23 August”, Florin Cezea, de la Întreprinderea „Steaua Roșie”, Petre Bucur de la Întreprinderea „Titan” și eleva Mariana Ionescu de la Liceul de aviație.

Aviasalv — o idee generoasă și 300 de entuziaști care visează cu ochii deschiși la ziua în care echipele Aviasalv vor fi omologate după sistemul Salvamontului în toate județele cu aerocluburi sportive...

Aviasalv — o realitate și un gând de zbor ca o pasăre albă.

Ion DUMITRU



1. Suspendați de un fir... 2. ...sau de bretelele parașutei. 3. important e să ajungi cît mai repede la locul accidentului. 4. Primul ajutor, adică momentul în care gesturile au valoarea unei vieți. 5. Transportul răniților spre elicopter. 6. La sfîrșitul misiunii — un moment pentru o amintire





primul ajutor

În caz de stop respirator și cardiac

Aerul pe care-l respirăm este indispensabil vieții, el conținând 21 la sută oxigen și constituind elementul esențial al milioanele de celule ale corpului uman. Pentru a ajunge la destinație oxigenul trebuie să intre în corpul nostru prin respirație și să fie distribuit prin circulație. Când oxigenul nu ajunge în cantitate suficientă la celule, se produce asfixia. Celulele lipsite de oxigen mor în câteva minute. Cele mai sensibile sînt cele ale creierului.

Asfixia se poate produce prin defect de absorbție și de transport al oxigenului, precum și prin intoxicarea celulelor.

Defectul de absorbție a oxigenului se datorește concentrației sale insuficiente în aerul inspirat. De exemplu, la aviatori și alpinști prin scăderea presiunii parțiale a oxigenului, în caz de accidente, prin obstrucția căilor respiratorii cu pămînt ori cu corpi străini, în caz de traumatisme craniene, fracturi de coloană vertebrală, poliomielită, tetanos, electrocutare, precum și în caz de leziuni pulmonare de tip astmatiform, silicogen sau cancerigen, prin oprirea mișcărilor respiratorii. **Defectul de transport al oxigenului** este cauzat de scăderea numărului globulelor roșii (ca în hemoragii), de înlocuire a oxigenului din aceste globule cu un alt gaz (oxid de carbon) și de oprire a circulației sîngelui (sincopă, infarct de miocard). **Asfixia prin intoxicarea celulelor** se produce atunci cînd celulele nu pot utiliza oxigenul (în intoxicații cu hidrogen sulfurat și acid cianhidric).

Lipsa oxigenului în organism se manifestă printr-o suită de reacții respiratorii, circulatorii,

nervoase. **Reacțiile respiratorii** se recunosc după ritmul și amplitudinea mișcărilor respiratorii; la început cresc, iar apoi pauzele între respirații devin mai mari și în cele din urmă se oprește complet respirația. **Reacțiile circulatorii** se traduc printr-o frecvență cardiacă crescută la început și apoi rărită progresiv, neregulată și, în final, oprită. **Reacțiile nervoase** sînt urmarea unei lipse brusce de oxigen, care produce imediat pierderea cunoștinței. Dacă asfixia este progresivă, pierderea de cunoștință este precedată de scăderea activității intelectuale. Victima este somnolentă, prezintă o oboseală accentuată, după care poate urma paralizia generală ce se instalează începînd de la membrele inferioare. În fine, se mai descriu și **alte reacții** (pierderea de urină și materii fecale prin relaxarea sfincterelor, vomismente).

Măsurile de prim-ajutor impun următoarele obiective principale:

I. SCOATEREA VICTIMEI DIN CONDIȚIILE CARE AU PROVOCAT ASFIXIA

Ce trebuie făcut în caz de înec? Să se lanseze un colac de salvare, un băț, o frînghie, o vislă, dacă înecatul nu este departe de mal; să se apropie de înecat cu o barcă și să se înceapă, dacă este posibil, respirația „gură la gură” înainte de a ajunge la mal.

Ce nu trebuie făcut? Să nu se arunce în apă o persoană care nu știe bine să înoate; dacă este

Învățarea continuă și autoperfecționarea constituie o caracteristică a omului modern. Niciodată ca în zilele noastre accesul la cultură nu a fost mai larg și cu atât de multiple forme de manifestare. În acest cadru se înscriu și prevederile Legii privind asigurarea sănătății populației din 1978, care prin caracterul lor pregnant profilactic stabilesc măsuri complexe pentru ca înseși masele de cetățeni să poată interveni prompt și conștient în apărarea propriei sănătăți. Astfel se precizează obligativitatea ca toți cetățenii începând cu cei de vîrstă școlară să învețe să acorde primul ajutor. Participarea la aceste activități este o îndatorire civică de onoare a fiecărui om, o contribuție conștientă la traducerea în viață a politicii partidului și statului nostru în domeniul sănătății și totodată o expresie a umanismului, a solidarității umane care au caracterizat dintotdeauna pe locuitorii țării noastre. Această sarcină de prestigiu și de mare responsabilitate privind educarea sanitară și instruirea populației în probleme de acordare a primului ajutor a fost atribuită prin lege Ministerului Sănătății, Societății de Cruce Roșie și Ministerului Educației și Învățămîntului.

În contextul acestor preocupări este prezentat și acest articol, ca și altele apărute în revista „Sănătatea”, suplimentul său metodic și în diverse broșuri editate de Consiliul Național al Societății de Cruce Roșie. Acum, tema abordată a avut în vedere faptul că dintre măsurile de urgență ce se instituie în caz de accidente, acordarea primului ajutor în caz de stop respirator și cardiac constituie partea cea mai importantă, de rapiditate și corectitudine a aplicării acestuia depinzînd viața accidentatului.

bun înnotător să nu se avînte la distanțe mai mari de 50 m în căutarea unui înecat.

Ce trebuie făcut în caz de electrocutare?

Înainte oricăror manevre se va întrerupe curentul de la contor (dacă este în locuință) sau de la un pilon pe care este montat întrerupătorul (dacă este curent de înaltă tensiune). Dacă întrerupătorul este departe sau dificil de abordat, nu se pierde timpul cu căutarea lui, ci se iau alte măsuri de scoatere a victimei din circuitul electric. În acest scop salvatorul va avea grijă să se izoleze, punînd picioarele pe un material uscat nemetalic. Cea mai bună ar fi o placă de lemn. Dacă aceasta nu există, pot fi folosite un covor, haine, ziare. Apoi cu mîna învelită într-o mînușă de cauciuc sau în haine și cu un baston uscat (de lemn) se înalătură firul.

• **Ce nu trebuie făcut?** Să nu se atingă electrocutatul (mai ales părțile sale neacoperite) cît timp acesta este încă în contact cu firul electric; să nu se folosească pentru înlăturarea firului materiale bune conductoare de electricitate (metale, obiecte umede etc.); să nu fie lăsat electrocutatul fără supraveghere medicală.

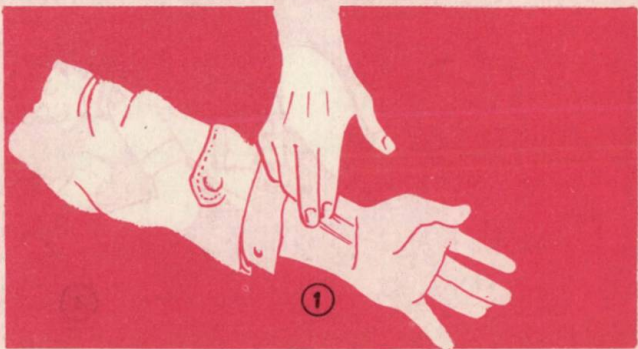
Ce trebuie făcut în caz de surpări, dărimări? Se vor degaja caile respiratorii, curățînd gura de pămînt și moloz; se va începe respirația „gură la gură” (dacă este acces la nivelul capului victimei), înainte de aceasta avînd grijă să se degajeze pieptul victimei, așa fel încît să se poată efectua mișcările respiratorii.

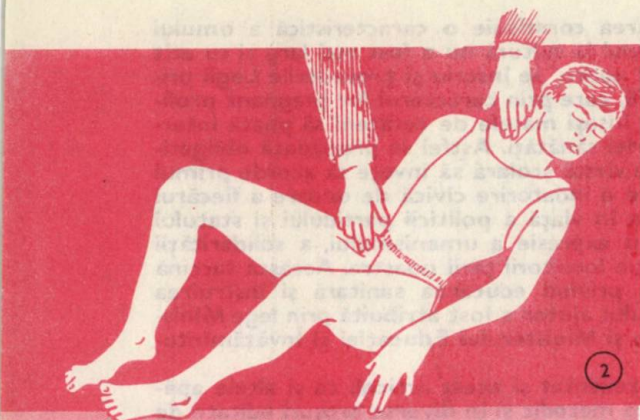
Ce nu trebuie făcut? Să nu se provoace noi dărimări în timpul degajării accidentatului prin

manevre lipsite de precauție și să nu se tragă cu bruscă pe victimă.

Ce trebuie făcut în caz de intoxicație cu oxid de carbon? Salvatorul va intra în încăperea pînîndu-și respirația, va merge întîi la fereastră și o va deschide, la nevoie va sparge un ochi de geam cu cotul (nu cu pumnul, fiindcă riscă să-și producă o hemoragie importantă prin tăierea unei artere mari — artera radială — care se găsește la încheietura pumnului); va ieși apoi din încăperea pentru a respira aer curat, va reintra și va trage afară victima, plasîndu-se în spatele ei, trîcînd antebrațele sale pe sub subsuorele acesteia.

Ce nu trebuie făcut? Salvatorul nu va aprinde o flacără (chibrit, brichetă), nu va apăsa pe o sonerie electrică, nu va aprinde lumina și nici nu va

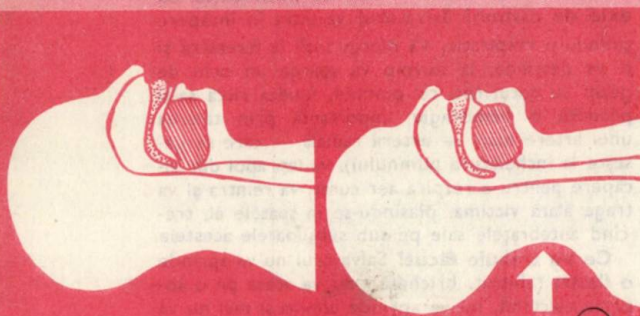




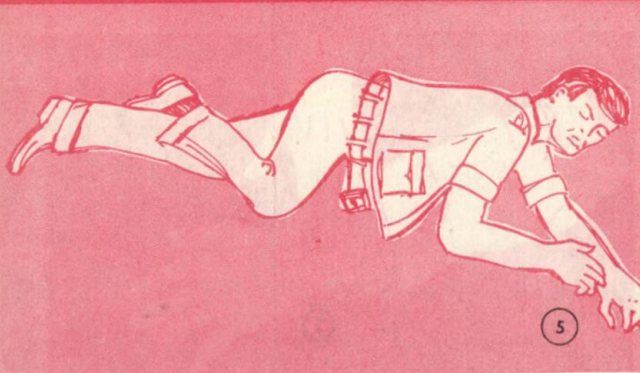
2



3



4



5

folosi telefonul (cea mai mică scînteie electrică poate provoca o explozie violentă).

După ce victima a fost scoasă din condițiile care au provocat accidentul **se anunță Salvarea sau cea mai apropiată unitate sanitară** de către o altă persoană, iar salvatorul trece la acordarea primului ajutor.

II. EFECTUAREA RESPIRAȚIEI ARTIFICIALE

Salvatorul trebuie în primul rînd să facă o examinare sumară a victimei, să-i verifice existența pulsului la încheietura pumnului (fig.1), la artera carotidă (în partea laterală a gîtului), la artera femurală, în mijlocul stîngîiei (fig.2), apoi să-i controleze pupilele. Dacă sînt mult dilatate, înseamnă că stopul respirator și cardiac s-au instalat mai de mult. Apoi trebuie să execute unele manevre preliminare. Astfel, asigurarea libertății (permeabilității) căilor aeriene superioare constituie o etapă a primului ajutor foarte importantă. Pentru rezolvarea ei se împinge capul accidentatului ușor pe spate, se ridică maxilarul inferior în sus (fig.3). Această manevră face ca limba să nu mai astupe faringele și permite libera trecere a aerului (fig.4). Se așază accidentatul în poziție laterală de securitate (PLS), fiindcă în altă poziție, dacă este inconștient sau dacă vomită, există pericolul de astupare a faringelui cu limba căzută în spate, sau cu lichid de vomă, cu mucozități, sînge etc. (fig.5).

Cînd sînt doi salvatori pentru păstrarea unei linii drepte între cap, gît și trunchi, unul trebuie să susțină ceafa. Poziția laterală de securitate poate fi stabilizată printr-un sul făcut din pături din îmbrăcăminte ori ziare, puse la spatele accidentatului. Apoi salvatorul se așază lîngă capul victimei, apasă cu cîte o mînă pe frunte și bărbie și îi deschide gura. Cu degetul arătător și mediu făcute cîrlig face un control al cavității bucale pînă la baza limbii pentru a scoate eventualii dinți căzuți, pămînt, sînge coagulat etc. Mucozitățile, lichidul de vomă sînt mai greu de scos în acest fel și de aceea se folosește o sondă specială de aspirație. Dacă nu dispunem de o astfel de sondă, putem folosi un tub de cauciuc oarecare, protejat la capătul unde aspiră salvatorul cu o batistă ori o bucățică de tifon. În cazul în care căile aeriene sînt astupate de corpi străini (mai frecvent la copii sub forma de bile, nasturi, părți din jucării), se ridică copilul în sus de picioare, i se deschide gura și se aplică cîteva lovituri între omoplați. Persoanele adulte se culcă pe o parte și, de asemenea, li se aplică cîteva lovituri între omoplați. O altă metodă folosită pentru eliminarea corpurilor străine constă în realizarea unei compresiuni puternice în abdomen sub osul stern (osul pieptului), ceea ce crește presiunea aerului în căile respiratorii prin ridicarea mușchiului diafragm. Salvatorul se așază în spatele victimei și îi încercuiește talia cu brațele, iar cu pumnul unei mîini, sprijinit pe cealaltă mînă, lovește puternic oblic în sus (fig.6). Dacă victima este culcată la sol, salvatorul

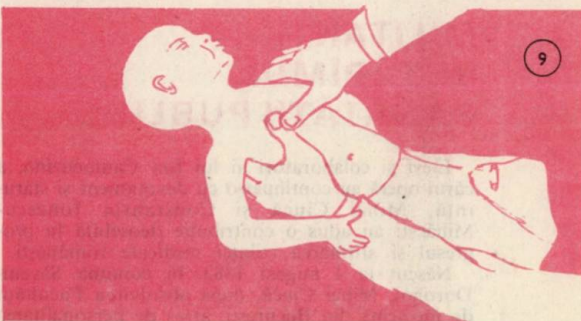
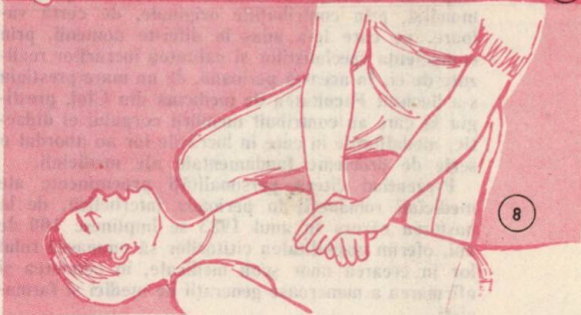
se așază în genunchi de o parte și de alta a victimei și execută compresiunea ca mai sus, avînd grijă, în prealabil, să întoarcă capul victimei într-o parte.

Respirația artificială „gură la gură”. Salvatorul se așază lateral de victimă și execută hiperextenzia, introducînd o mîină sub ceafă cu care împinge ușor în sus și o altă mîină pe frunte cu care apasă în jos. Cu degetul mare și degetul arătător salvatorul pensează nasul victimei, după ce în prealabil a deschis gura acesteia. Dacă gura este încheștată se poate folosi un deschizător de gură sau o coadă de linguriță sau un alt obiect similar care se introduce între dinți pe la capătul buzelor. Salvatorul inspiră aer și îl insuflă lipind buzele sale de ale victimei (fig. 7). Privește totodată dacă pieptul victimei se umflă. Frecvența insuflărilor este de 16—20 pe minut.

Respirația artificială „gură la nas”. Cînd gura nu poate fi deschisă, buzele salvatorului se lipesc de nasul victimei pentru insuflație. Respirația artificială se continuă pînă la apariția respirațiilor normale, spontane. Aprecierea situației de moarte biologică nu poate fi făcută decît de personalul sanitar calificat.

Masajul cardiac extern. În cazul opririi activității circulatorii, victima fără cunoștință are o paloare lividă cu cianoză (învinețire). Pulsul nu se poate percepe, pupilele sînt dilatate. Prima măsură de urgență este masajul cardiac extern. Acesta constă din comprimarea intermitentă a inimii între osul stern și coloana vertebrală prin flexibilitatea cutiei toracice. Oprirea circulației este însoțită sau urmată la scurt timp de oprirea respirației. Masajul cardiac extern și respirația artificială trebuie începute la locul accidentului (dar nu în condițiile unei atmosfere cu gaze toxice). O condiție indispensabilă pentru realizarea masajului cardiac extern este existența unui plan dur. Dacă victima este în pat, va fi coborîtă și întinsă pe sol, sau dacă este pe targă i se va introduce sub ea o scîndură, o planșetă etc. Ea se așază apoi pe spate cu capul în hiperextensie, iar salvatorul, lateral de aceasta în dreptul toracelui, în genunchi. Podul palmei stîngi îl fixează dedesubtul jumătății sternului, iar palma mîinii drepte se pune în cruce pe prima, ambele brațe fiind perpendiculare pe stern (fig. 8). La copii se folosesc numai două degete (fig. 9). Salvatorul execută o presiune scurtă (aproximativ o secundă), cu toată puterea corpului, urmînd apoi o relaxare bruscă. Apăsarea trebuie să fie suficient de puternică ca să determine o deprimare a sternului și grilajului costal de 3—4 cm. Dacă mîinile nu sînt plasate corect (prea sus sau prea jos pe stern sau sînt aplicate pe coaste) se pot produce fracturi de coaste sau traumatizări ale organelor interne (plămîni, ficat, stomac etc.). Frecvența apăsărilor este de 60 pe minut. Dacă masajul cardiac extern se execută concomitent cu respirația artificială „gură la gură”, la 5 apăsări pe stern salvatorul face o insuflație. Cînd sînt doi salvatori, cel care execută masajul cardiac extern numără, și cînd ajunge la 5 celălalt face insuflația.

Eficacitatea reanimării se poate controla prin micșorarea pupilelor, recolorarea normală a pielii, perceperea pulsului la artera carotidă sau femurală.



PROMEMORIA

CENTENARE 1983

Desfășurată pe o arie largă de preocupări care au contribuit în final la crearea de noi școli medicale, activitatea științifică dedicată ocrotirii sănătății populației cunoaște în perioada dintre cele două războaie mondiale o dezvoltare continuă, rezultatele obținute datorându-se devotamentului, abnegației și hotărârii cu care personalitățile lumii medicale au știut să depășească greutățile financiare și dificultățile organizatorice. Rezultatele obținute au fost folosite în mare măsură în activitatea didactică, prefigurându-se de atunci necesitatea armonizării învățămîntului cu activitatea clinică și de cercetare.

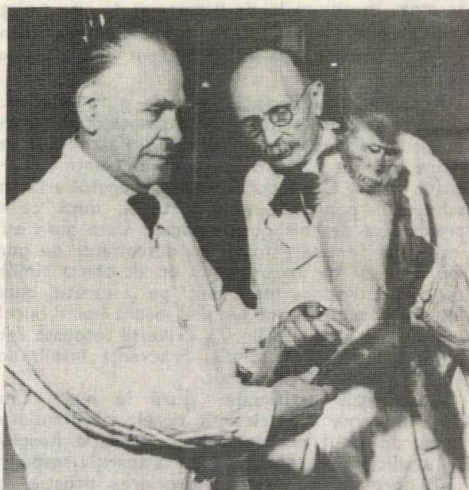
Perioada interbelică a constituit, de asemenea, o etapă de afirmare a medicinei românești pe plan mondial, prin contribuțiile originale, de certă valoare, pe care le-a adus în diferite domenii, prin competența specialiștilor și calitatea lucrărilor realizate de ei. În această perioadă, de un mare prestigiu s-a bucurat Facultatea de medicină din Cluj, prestigiu la care au contribuit membrii corpului ei didactic, modalitățile în care în lucrările lor au abordat o serie de probleme fundamentale ale medicinei.

Prezentind cîteva personalități proeminente ale medicinei românești în perioada interbelică, de la nașterea cărora în anul 1983 se împlinesc 100 de ani, oferim posibilitatea cititorilor să cunoască rolul lor în crearea unor școli medicale, în educarea și afirmarea a numeroase generații de medici și farmacisti.

MILITANȚI PE TĂRÎMUL SĂNĂTĂȚII PUBLICE

Elevi și colaboratori ai lui Ion Cantacuzino, a cărui operă au continuat-o cu devotament și stăruință, Mihai Ciucă și Constantin Ionescu-Mihăești au adus o contribuție deosebită la progresul și afirmarea științei medicale românești.

Născut la 1 august 1883, în comuna Săveni-Dorohoi, Mihai Ciucă, după absolvirea Facultății de medicină din București, atras de personalitatea



Mihai Ciucă și Constantin Ionescu-Mihăești studiind efectele unor vaccinuri pe o maimuță

maestrului său, întreprinde studii de medicină experimentală, imunologie și boli infecțioase în colaborare cu Al. Slătineanu, C. Ionescu-Mihăești și D. Danielopolu, participă la cercetări asupra epidemiei de holeră și de febră tifoidă, precum și la stăvilirea acestor flageluri în rîndul populației prin vaccinare.

După doi ani de activitate la Institutul „Pasteur” din Paris, unde lucrează în parazitologie sub conducerea marelui Laveran, revine în țară unde conduce în timpul primului război mondial spitale de boli contagioase și laboratorul de prepararea serurilor și vaccinurilor. În anul 1920 începe la Bruxelles primele cercetări în domeniul bacteriofagiei; revine în țară lucrînd la Institutul de seruri și vaccinuri, iar între anii 1922 și 1934 este profesor de igienă la Facultatea de medicină din Iași. După moartea lui Ion Cantacuzino este numit profesor de bacteriologie la București și subdirector al Institutului, care de acum va purta numele maestrului său. Între anii 1952 și 1963 conduce catedra de specializare și perfecționare a medicilor biologi din întreaga țară.

Competența lui Mihai Ciucă a fost recunoscută și pe plan internațional, prin misiunile de răspundere primite la Liga Națiunilor în anii 1924 — 1932, iar ulterior la Organizația Mondială a Sănătății, unde a militat mai ales pentru întărirea relațiilor de colaborare în lupta contra malariei pe glob. Pentru cercetările sale remarcabile asupra malariei a fost distins de O.M.S. în anul 1966 cu titlul de laureat al Premiului internațional „Darling”. Dealtfel, eradicarea malariei în România, realizată cu sprijinul organelor de partid și de stat și întreținută continuu din anul 1963, constituie o încoronare strălucită a activității sale.

Constantin Ionescu-Mihăești s-a născut la 12 septembrie 1883 la București. După absolvirea facultății de medicină, în anul 1907, atras de medicina experimentală își începe activitatea ca micro-

biolog, întâi pe lângă Victor Babeș, apoi pe lângă Ion Cantacuzino, devenind colaborator apropiat al celui din urmă și participând intens la activitatea de cercetare științifică și aplicativă dedicată combaterii epidemiilor de holeră, tifos exantematic și febră recurentă în anul 1913 și în cursul primului război mondial.

Are un rol determinant în întemeierea Institutului de seruri și vaccinuri — în calitate de subdirector — și continuă dezvoltarea acestuia după anul 1934 în calitate de director. Importante au fost și contribuțiile sale în activitatea didactică — desfășurată ca profesor de microbiologie la facultățile de medicină din Iași și București — și cea științifică, opera sa însumând peste 150 de lucrări, care reflectă problemele sanitare prioritare ale țării, referindu-se la numeroase boli infecțioase. Dominante în preocupările lui Constantin Ionescu-Mihăești sînt poliomiela, tuberculoza și limfogranulomatoza inghinală benignă, boli la a căror combatere aduce contribuții originale privitoare la agenții lor patogeni, la epidemiologie și patogenie.

Pentru activitatea sa complexă, Constantin Ionescu-Mihăești a fost ales membru al Academiei R.S. România și a primit în anul 1957 Premiul de stat pentru lucrările științifice.

Prin personalitatea și activitatea lor științifică, prin contribuția la dezvoltarea învățămîntului de igienă, microbiologie și patologie infecțioasă, precum și la continua lărgire a preocupărilor Institutului „Cantacuzino” Mihai Ciucă și Constantin Ionescu-Mihăești au militat cu perseverență și modestie în domeniul sănătății publice, constituind exemple luminoase pentru tinerele generații.

Dr. Alexandru CERBU

ÎNTEMEIETORI AI ȘCOLII MEDICALE CLUJENE

Cînd, după Unirea cea mare din 1918, Clujul a devenit centrul cultural al Transilvaniei, s-a impus cu necesitate înființarea aici a unei universități capabile să demonstreze capacitatea de creație a poporului nostru. Această universitate trebuia să cuprindă, potrivit concepției epocii, și o instituție de învățămînt superior medical.

La organizarea facultății românești de medicină de la Cluj au conlucrat frățește, într-o atmosferă de adevărat entuziasm, personalități științifice din întreaga țară. Un

rol deosebit le-a revenit în conducerea lucrărilor pregătitoare lui Iuliu Hațieganu și Iuliu Moldovan. Doctorul Hațieganu, care funcționase ca asistent la fosta facultate din Cluj, a pus în anul 1919 bazele unei clinici medicale model, în care, pe de o parte s-a acordat asistență în mod exemplar suferinzilor, iar pe de altă parte s-au format cadre de cea mai înaltă calificare. Iuliu Moldovan, care fusese docent de patologie generală și experimentală la Facultatea de medicină din Viena, a creat la Cluj un institut de igienă și sănătate publică.



Corpul profesoral al Facultății de medicină din Cluj în anul universitar 1921—1922.

Rîndul de sus de la stînga la dreapta: Titu Gane (pediatrie), Cristea Grigoriu (obstetrică), Dimitrie Michail (oftalmologie), Dimitrie Negru (radiologie), Iuliu Hațieganu (clinică medicală), Gheorghe Bilașcu (stomatologie), Ion Nițescu (fiziologie), Mihai Botez (patologie generală), Iuliu Moldovan (igienă), Gheorghe Pamfil (farmacie), Victor Papilian (anatomie), Titu Vasiliu (anatomie patologică).

Rîndul de jos, de la stînga la dreapta: Dimitrie Călugăreanu (fiziologie), Ioan Minea (neurologie), Jules Guiart (istoria medicinei), Iacob Iacobovici (chirurgie, decanul facultății), Nicolae Minovici (medicină le-
gală).

promovind orientarea profilactică în toate sectoarele medicinei. Acești eminenți medici ardeleni li s-au alăturat valoroși savanți originari din alte părți ale țării — moldoveanul Iacob M. Iacobovici, care a fondat la Cluj școala românească de chirurgie, munteanul Ioan I. Nițescu, distins fiziolog, olteanul Victor Papilian, organizatorul învățământului de anatomie, precum și numeroși alți oameni de știință. Se poate afirma că spre Cluj s-au îndreptat, după primul război mondial, cei mai valoroși medici care încă nu ocupau poziții importante în ierarhia universitară. De menționat că și o serie de reputeți oameni de știință, precum Ion Cantacuzino, Constantin Levaditi, Nicolae Leon, au ținut cursuri aici, în calitate de profesori-visitatori.

O primă caracteristică a școlii medicale clujene a fost preocuparea de a răspunde nevoilor majore ale sănătății publice. Profesorii împreună cu asistenții și studenții au efectuat aprofundate anchete medico-sociale atât în mediul muncitoresc, cât și în lumea satelor, pentru cunoașterea realităților igienico-sanitare și formularea unor propuneri menite să amelioreze stările de lucruri destul de nesatisfăcătoare la vremea aceea. Amintim în această privință studiile efectuate de profesorul Grigore Benetato privitoare la alimentația muncitorilor clujeni și a moșilor din Munții Apuseni. Pe de altă parte, dascălii clujeni s-au preocupat ca, după încheierea studiilor universitare, absolvenții să păstreze în permanență legătura cu facultatea și maestrul lor. De aceea s-au organizat sistematic la Cluj cursuri de specializare și perfecționare, iar profesorii considerau o îndatorire de onoare să răspundă cu promptitudine la solicitările foștilor elevi, când aceștia le cereau sfaturi și sprijin profesional. Trebuie, de asemenea, menționată marea operă de culturalizare a maselor desfășurată de cadrele didactice ale Facultății de medicină din Cluj. Intrase în tradiția acestei instituții ca, aproape în fiecare duminică, profesorii să meargă la orașe și sate, pentru a ține conferințe pe teme educativ-sanitare. Cu acest prilej ei luau cunoștință de activitatea foștilor studenți, cărora le dădeau cu dragă inimă îndrumări și îndemnuri.

O coincidență fericită face ca în anul 1983 să se împlinească un secol de la nașterea unora dintre cei mai reprezentativi profesori ai facultății de medicină din Cluj între cele două războaie mondiale. Astfel, la 4 ianuarie 1883 s-a născut la Galați **Titu Gane**, merituos organizator al asistenței pediatrie, secretar general al Ministerului Sănătății (între anii 1922-1926 și în anul 1937), care în perioada 1919-1934 a fost titularul catedrei de clinică infantilă. **Gheorghe Pamfil**, organizator al învățământului farmaceutic la Cluj, unde a fost profesor de chimie farmaceutică și farmacie galenică, s-a născut la 22 martie același an în satul Vărsătura din fostul județ Putna, iar la 1 august se naște la Onești — actualul municipiu Gh. Gheorghiu-Dej — **Cristea Grigoriu**, organizator al activității științifice și al învățământului de obstetrică și ginecologie din tinărul centru universitar al Transilvaniei, unde a ocupat (în anii 1931-1932) și funcția de decan al facultății de medicină. La 30 octombrie, 24 noiembrie și 30 decembrie 1883 vedeau lumina zilei la Fălcișeni **Constantin I. Urechia**, la Giurgiu **Ion Predescu-Rion** și la Bucumeni-Galați **Dimitrie Negru**. Primul, un valoros elev al lui Al. Obregia și Gh. Marinescu, a fost din anul 1919 profesor de psihiatrie manifestând o deosebită pasiune pentru activitatea clinică și cercetarea științifică. Ion Predescu-Rion, eminent profesor de oto-rino-laringologie a fost și un curajos militant pe țărîm obștească, activînd în conducerea unor organizații cu obiective medico-sociale, inițiate de partidul comunist, aflat atunci în ilegalitate. În ceea ce privește Dimitrie Negru, el desfășoară o complexă activitate clinică și pedagogică în calitate de profesor de radiologie și ca decan al facultății în anii 1923-1924.

Tradițiile nobile ale școlii medicale clujene, create acum peste o jumătate de veac de către acești prestigioși înaintași și de încă mulți alții, sînt astăzi cultivate și continuu îmbogățite de profesorii și studenții de la Institutul de medicină și farmacie din Cluj-Napoca.

Dr. Gheorghe BRĂTESCU



PERSONALITATE COMPLEXĂ

Născut la 23 iunie 1883, la Focșani, Alexandru Ionescu-Matiu absolvă Liceul „Unirea” din localitate, iar în anul 1906 Institutul medico-militar din București. I se acordă de către Ministerul de Război o bursă de studii și urmează cursurile Universității din Geneva unde obține, în anul 1913, doctoratul în științe fizico-chimice, iar la Institutul „Pasteur” și la Spitalul „Saint Loreise” din Paris se specializează în chimia biologică și în analize medicale.

La revenirea în patrie lucrează în calitate de chimist legist la Institutul medico-legal, aducîndu-și o contribuție importantă la studiul ptomaielor de alcaloizi vegetali în cercetările toxicologice. Totodată, ca farmacist militar, deține funcții importante, între care cea de farmacist-șef al armatei și de director al direcției farmaceutice din Ministerul Apărării Naționale.

Timp de trei decenii și jumătate — între anii 1918 și 1947 — desfășoară o valoroasă activitate în învățămîntul farmaceutic la Iași și București, urcînd toate treptele ierarhice didactice universitare.

În domeniul științific, lucrările sale, caracterizate prin finalitate practică, au dus la crearea unor metode originale în domeniul analizei medicamentelor, toxicologiei și biochimiei. De asemenea, procedeele referitoare la mercurimetrie, volumo-clorometria fosfatungstică și zaharimetria fericianică sînt menționate în manualele și tratatele de specialitate.

Profilul activității profesorului emerit Al. Ionescu-Matiu, desfășurată sub semnul complexității, este întregit cu preocupările în domeniul istoriei românești, concretizată prin amplul istoric al învățămîntului din București — realizat în colaborare cu Iuliu Ghelechter și apărut în anul 1963.

Dr. farm. Emil GHEORGHIU

ANIVERSĂRI

• La 19 septembrie 1773, acum 210 ani, se naște **CONSTANTIN CARACAȘ**, medicul bucureștean prin străduințele căruia a fost înființat în Capitală Spitalul „Iubirea de oameni” („Filantropia”, cum i s-a spus din anul 1813, când a fost instalat în clădirile pe care le ocupă astăzi maternitatea cu același nume). În Regulamentul de funcționare al spitalului, întocmit după sugestiile lui Caracaș, se prevedea, între altele, ca „primirea bolnavilor să se facă fără distincție de naționalitate, de clasă, de religie sau de patimă (boală)”.



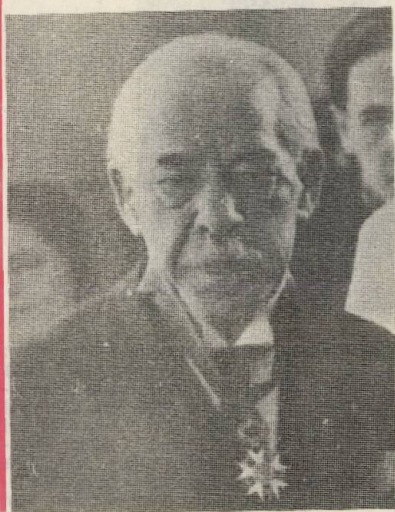
• **CAROL DAVILA**, cel căruia domnitorul Barbu Știrbei i-a încredințat la 13 martie 1853 postul de medic șef al oștirii și director al Spitalului militar, s-a născut acum 155 de ani, la 8 aprilie 1828. El obține în anul 1855 aprobarea înființării Școlii de chirurgie de la Spitalul ostășesc „Mihai Vodă”, care doi ani mai târziu a fost unită cu Școala de mică chirurgie de la Spitalul „Colțea”, devenind Școala națională de medicină și farmacie - prima instituție de învățământ medical superior din țara noastră. În septembrie 1860 Davila a fost numit și inspector general al serviciului sanitar al Principatelor Unite, precum și președinte al Consiliului medical superior, iar în iunie 1876 a fost ales vicepreședinte al Societății „Crucea Roșie din România”. Pînă la moartea sa, la 26 august 1884, doctorul Carol Davila a activat cu stăruință și devotament pentru dezvoltarea învățămîntului nostru medical și pentru legiferarea apărării sănătății publice - în special a muncitorilor din fabrici.

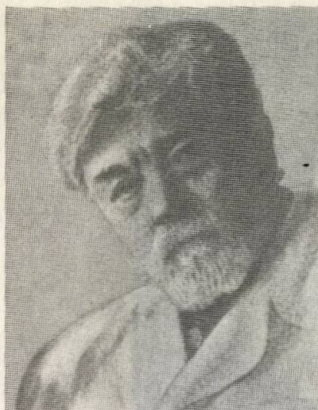
• **ALEXANDRU VITZU**, considerat întemeietorul învățămîntului fiziologic românesc, s-a născut la 21 noiembrie 1853. Profesor de fiziologie la Facultatea de științe din București și membru corespondent al Academiei române, publică în anul 1895 valoroasa lucrare „Doctrina secrețiunilor interne” care, în următorii ani, avea să fie principala sursă de învățămînt în acest domeniu, precum și „Secretia internă a rinichilor”. Pînă la încetarea sa din viață, la 25 decembrie 1902, Alexandru Vitzu și-a adus contribuții însemnate în studiul funcționării lobilor occipitali, a pancreasului, a neoformăției celulelor nervoase și excitabilității măduvei spinării, a structurii și funcțiunii tegumentelor, publicînd lucrări despre secreția internă a rinichilor și pancreasului.



• La 20 aprilie 1858, acum 125 de ani, s-a născut **MINA MINOVICI**, cel care în toamna anului 1890 era numit medic legist pe lângă Tribunalul județului Ilfov. Doi ani mai târziu reușește să obțină fondurile necesare pentru a înființa Institutul medico-legal, care mai târziu îi va purta numele. În anul 1895 Mina Minovici devine șeful catedrei de medicină legală la Universitatea din București, în anul 1912, director al Serviciului sanitar, iar în anul 1919 decan al Facultății de medicină din București.

• Savantul neurolog **GHEORGHE MARINESCU**, a cărui celebritate pe plan mondial s-a impus încă din anul 1897 la Congresul internațional al medicilor de la Moscova, când a prezentat comunicarea privind patologia celulei nervoase, s-a născut la 20 februarie 1863. El a publicat sute de lucrări în țară și peste hotare, a conferențiat în marile capitale europene și ale celor două Americi. În anul 1905 a fost ales membru al Academiei Române, iar în februarie 1932 Academia de medicină din Paris l-a ales membru activ - ca recunoaștere pe plan mondial a meritelor sale profesionale. Doctorul Gheorghe Marinescu a fost primul din lume care a folosit cinematograful în cercetările medicale - în anul 1897. La 15 mai 1983 se împlinesc 45 de ani de la încetarea sa din viață.





● LA 13 noiembrie 1863 s-a născut ION CANTACUZINO, cel care în timpul primului război mondial era numit „medicul curant al întregii națiuni române”, datorită activității desfășurate la conducerea Directoratului sănătății publice civile și militare, înființat în februarie 1917, pentru combaterea marilor epidemii. Deosebit de importantă a fost activitatea sa didactică la Facultatea de medicină din București și științifică în cadrul Institutului de seruri și vaccinuri. Fondator al școlii românești de microbiologie, Ion Cantacuzino a adus contribuții de seamă la studiul holerei, tifosului exantematic și al tuberculozei. Totodată a fost unul dintre oamenii de știință români care au activat (în perioada 1890-1908) în mișcarea socialistă. O contribuție importantă și-a adus la mișcarea de Cruce Roșie, reprezentând Liga Societăților de Cruce Roșie în Comitetul de igienă al Societății Naționalelor.



● ECATERINA ARBORE, printre cele dintâi femei medic din țara noastră, s-a născut la 11 noiembrie 1873. După ce și-a luat diploma de doctor în medicină la Universitatea din București, în decembrie 1896, și-a continuat studiile în Franța. Din anul 1898 a fost numită medic al Primăriei municipiului București, având ca sector de activitate asistența medicală a copiilor orfani. Activitatea sa i-a dat posibilitatea să întocmească și să publice lucrările „Mama și copilul sau igiena practică pentru uzul

mamelor” (1900) și „Copii găsiți orfani din Capitală” (1905), în care a dezvoltat și ideile socialiste. Pentru că Ecaterina Arbore, integrată de tină în mișcarea socialistă din țara noastră, a fost, din anul 1912, membră a Comitetului Executiv al Partidului Social-Democrat din România.



● La 17 decembrie 1893, acum 90 de ani, s-a născut DIMITRIE BAGDASAR, prestigios om de știință, care și-a dedicat medicinii întreaga activitate, începând din anul 1922, când a devenit medic militar, și până la sfârșitul vieții (16 iulie 1946), când ocupa funcția de ministru al sănătății. Datorită lucrărilor sale de specialitate este considerat, pe bună dreptate, creatorul școlii românești de neurochirurgie.

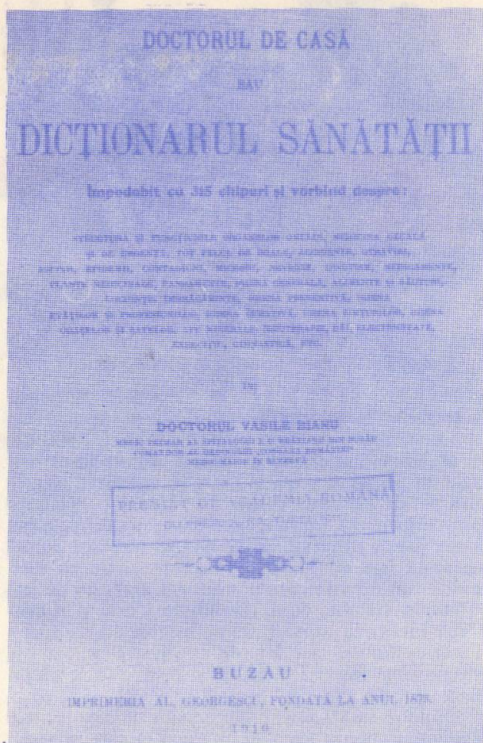
„DOCTORUL DE CASĂ” LA ÎNCEPUTUL SECOLULUI XX

În 1910 se tipărea la Buzău „Doctorul de casă sau dicționarul sănătății”. Volumul, scris de dr. Vasile Bianu, medic primar la spitalul din localitate, este „împodobit cu 315 chipuri” și din cuprinsul său cităm „**Structura și funcțiunile organelor omului, medicina uzuală și de urgență, plante medicinale, pansamente, igienă preventivă și curativă, gimnastică**”.

Răsfoirea unei cărți vechi de peste 70 de ani nu înseamnă doar un simplu act de curiozitate. Putem obține informații despre nivelul sanitar al populației de atunci, dar și despre multe probleme care sînt și acum mai mult decît actuale.

Sigur, văzute azi, unele afirmații pot părea naive, ca aceea că pleșuvia predispune la guturai, durere de cap, nevralgii și... surzenie. Iar statul pe care-l citim în continuare „**este bine să se poarte perucă**” i-ar pune pe gînduri pe admiratorii de azi ai lui Kojak.

Însă ceea ce se spune despre păr ar putea să le dea de gîndit tinerilor noștri: „**Intrucît privește**



părul damelor cari își fac pieptănătura foarte complicată, după cum cere moda, este de însemnat că toate acele sucituri și învîrtituri, precum și arsurile cu fierul cald nu fac decît să sdruncine părul din rădăcină și să-i grăbească căderea, pe lângă migrenele și durerile de cap cari rezultă din acele manopere. Băieții e bine să se tundă în formă de perie", spune autorul în continuare.

Asistența medicală deficitară din acei ani și cultura sanitară scăzută duceau la practici care azi par incredibile. Iată cum se tratau amigdalele la începutul secolului: „La țară este obiceiul de a călca gîlcile cînd sînt proaspete; atunci vine o babă cu nește degete nespălate, cu nește uhghii mari și cu mult negru sub ele, le înfundă în gură și începe a le apăsa și a le scrijeli cu unghia pînă ce dă singele. Acest tratament este foarte primejdios, căci poate produce o infecțiune dînd naștere la o angină omorîtoare”.

Astăzi, pentru orice nevralgie dentară, ne ducem la stomatolog și prevenim caria la copii, cu fluor. Dar cum era acum șapte decenii? „Scoate-rea dinților este bine să se facă de un dentist, om special, iar nu de bărbier”.

Pentru că tot am adus vorba despre gură, să vedem ce ne spune doctorul Bănuș despre sărut:

„Acest obicei adînc înrădăcinat în omenire pare a fi la noi în țară mai întins decît în oricare parte a lumii, așa de întins încît chiar și bărbații se sărută cînd se întîlnesc pe stradă. Apoi sărutul în familii și în special sărutul copiilor a ajuns o adevărată pacoste, cînd ne gîndim că acest obicei poate să pricinuiască rele mari, adevărate nenorociri, fiind un mijloc de transmitere a o mulțime de boale, care de care mai primejdioase! Să nu se creadă că numai sărutul pe gură poate fi periculos, ci chiar și sărutatul miinilor doamnelor la orașe și a miinilor preoților la sate. Dar și copiii primesc zilnic atîtea sărutări cîte primesc icoanele făcătoare de minuni. Pe buzele lor și pe fața acestor copii se depun întocmai ca și pe icoane milioane de microbi cari pot da naștere la o mulțime de boale primejdioase, nu numai pentru copii, dar și pentru cei ce mai continuă a-i săruta. În interesul sănătății proprii, precum și al celor ce sărută, trebuie ca doamnele și preoții să nu-și mai întindă mina, și dacă doresc o manifestare de respect, să se mulțumească numai cu pronunțarea formulei: sărut mîna! Iar pentru copiii mici să facem ca în Anglia, unde ei poartă pe pălăriile lor scrise următoarele cuvinte: „nu mă săruta!”

Dar să răsfoim mai departe dicționarul. Călătoria cu trenul — ne spune autorul — e confortabilă, dar „un inconvenient este pentru călătorii care nu fumează, fumul de tutun care umezește și viciază aerul din compartiment. În acest caz cel ce nu fumează n-are decît să se refugieze în un vagon unde este oprit fumul, sau, dacă nu o poate face, să iasă din cînd în cînd în coridor”. Deci — nefumători — acum știți ce aveți de făcut: să vă refugiați pe coridoarele vagoanelor...

Uneori ne închipuim că poluarea a apărut doar în zilele noastre. Să vedem ce ne spune „Doctorul casei”: „Apele din riuri și fluvii ar fi bune de băut dacă n-ar trece prin sate și prin orașe, unde se aruncă multe necurătenii în ele. Apa de ploaie duce și ea cu sine toate necurătenii ce întîlnește pe strade, prin canale, lăturile, urina, escrementele, apele care au servit la diferite industrii, ceea ce face ca apa riurilor prin orașe să fie foarte periculoasă”. „Aerul liber de multe ori poate fi și el vîrjat în compoziția lui, stricat, ceea ce îl face primejdios. El poate să conțină diferite gazeuri străine, pulberi, praf. Originea prafului din orașe este noroiul stradelor, murdăriile și apele cîșnicilor, fumul fabricilor industriale etc. De aceea să recomandă ca în orașe stratele să fie largi și în direcția vînturilor, să fie plantațiuni de arbori cît se poate de multe, trotuare și pavaje bune, fără gropi și interstiii mari, cari să se măture și spele regulat cu mașini sistematice, totul să meargă și să se verze în canale”.

În întregime tot volumul are peste 800 pagini. Am ales pentru dv. doar cîțiva din mulțimea de termeni explicați în acest dicționar premiat de Academia română în anul 1911 cu Premiul „Năsturel”.

Lucian HUIBAN

ASIGURAREA MIXTĂ DE VIAȚĂ ȘI VARIANTELE ACESTEIA



Sprîjin bănesc pentru cel care o contractează, în cazul pierderii sau reducerii capacității sale de muncă în urma unui accident, sau pentru familia sa, în cazul decesului asiguratului din orice cauză. Aceasta reprezintă asigurarea mixtă de viață. Totodată, o astfel de asigurare dă posibilitatea asiguratului să economisească în mod planificat o anumită sumă de bani pe care o va primi la expirarea duratei asigurării.

În scopul de a răspunde unor cerințe ale populației, asigurarea mixtă de viață se practică și în următoarele alte trei variante, realizate prin extinderea protecției asupra unui număr mai mare de persoane, prin suplimentarea sumei asigurate în cazul survenirii unor anumite categorii de evenimente asigurate, ori prin prelungirea în timp a prestațiilor ADAS:

● **Asigurarea familială mixtă de viață**, care dă posibilitatea cuprinderii în poliță a tuturor membrilor de familie în vîrstă de la 5 la 65 de ani, oricare din aceștia putînd încasa suma asigurată, în funcție de evenimentul asigurat întîmplat;

● **Asigurarea mixtă de viață și suplimentară de accidente**, la care suma asigurată stabilită pentru urmările accidentelor reprezintă de 6 ori suma prevăzută pentru celelalte evenimente cuprinse în această asigurare.

● **Asigurarea mixtă de viață cu indemnizație pentru urmași**, care garantează persoanelor înscrise în poliță primirea eșalonată a unor sume de bani. În baza acestei asigurări se poate primi: jumătate din suma prevăzută în poliță, la decesul asiguratului; o indemnizație anuală de 10 la sută din suma asigurată, pînă la expirarea asigurării; a doua jumătate din suma asigurată, la termenul de expirare a asigurării.

● **Asigurările mixte de viață prezintă o serie de caracteristici comune**, dintre care enumerăm:

● **Sînt accesibile tuturor persoanelor în vîrstă de la 16 pînă la 65 de ani** ● **Se pot contracta pe termene de la 5 la 15 ani** ● **Primele de asigurare sînt diferențiate**, în funcție de vîrsta persoanei ce se asigură, de durata poliței de asigurare și de mărimea sumei asigurate, putînd fi achitate și în rate ● **La expirarea asigurărilor** la care primele au fost plătite pentru întreaga durată prevăzută în poliță asigurații primesc sumele asigurate concomitent cu o

indemnizație de 10 la sută ● **Asigurările participă la tragerile de amortizare**, acordîndu-se pentru fiecare combinație de litere ieșită la tragere 1 000 de lei ● **Dacă asiguratul a suferit un accident** — chiar în prima zi după intrarea în vigoare a asigurării — de pe urma căruia s-a stabilit o invaliditate permanentă (imediat sau în decurs de 1 an de la accident), primește de la ADAS întreaga sumă asigurată înscrisă în poliță, dacă invaliditatea este totală, sau o parte corespunzătoare gradului de invaliditate stabilit, dacă invaliditatea este parțială. După încasarea acestor sume, asigurarea nu înțează, ci rămîne mai departe în vigoare pentru întreaga sumă înscrisă în poliță și pentru toate drepturile ce decurg din aceasta, sumele ulterioare acordîndu-se de ADAS independent de cele pentru invaliditate permanentă ● **În cazul în care în urma unui accident s-a stabilit un grad de invaliditate permanentă mai mare de 50 la sută**, asiguratul nu mai plătește prime de asigurare pînă la expirarea duratei poliței ● **Asiguratul are posibilitatea de a modifica**, pe parcursul duratei asigurării, datele prevăzute în poliță referitoare la beneficiarul asigurării, mărimea sumei asigurate, durata asigurării, precum și de a transforma asigurarea prin trecerea de la o formă la alta ● **Asigurarea se poate repune în vigoare** prin plata dintr-o dată sau în rate a primelor de asigurare rămase neachitate ori prin prelungirea termenului de expirare a asigurării, în situația în care, din diferite motive, plata primelor a fost întreruptă timp de pînă la 3 ani.

Pentru a beneficia neîntrerupt de toate foloasele ce le oferă asigurările mixte de viață, este necesar ca ratele de primă să fie achitate la termenele stabilite. În acest scop se poate folosi forma de plată pe bază de „consimțămînt scris”, prin imputernicirea ce se dă de către asigurat lucrătorilor care efectuează plățile de retribuții de a achita Administrației Asiguraților de Stat, din drepturile sale, primele, atît pentru asigurările în curs cit și pentru cele pe care le va încheia sau reînnoi.

Pentru informații suplimentare și pentru contractarea de asigurări vă puteți adresa responsabililor cu asigurările din unitățile socialiste, agenților și inspectorilor de asigurare sau, direct, oricărei unități ADAS.



MAMA ȘI COPILUL

Pentru fiecare părinte copilul este un univers tulburător și unic, sensul viitorului și al zilei de mâine, mobilul rostului lui și al unei permanente preocupări. Este așa pentru că trăim și ne perpetuăm în istorie prin urmași și prin „urmașii urmașilor noștri”, cărora ctitorii de azi ai acestui pământ s-au străduit să le dăruiască o patrie liberă și suverană, o copilărie fericită.

De la preocuparea pentru ca întemeierea tinerei familii să se facă legal, pe baza unor sentimente trainice de afecțiune între viitorii soți, cu garanția unei depline stări de sănătate, la ocrotirea prin măsuri speciale a gravidei și lehuzei, din primii și până în ultimii ani de viață simțim cu toții grija partidului și statornica preocupare a legilor statului nostru de a apăra și proteja familia, mama și copilul. Și aceasta pentru că dorim, asemenea înaintașilor noștri, „marele viitor” al acestui neam, știut fiind că un popor puternic nu poate fi decât acela ce crește un tineret sănătos, capabil să-i continue opera. În calitate de părinți, să luăm aminte la aceste strădanii și să le sprijinim cu toată ființa spre binele și fericirea copiilor noștri, care înseamnă marea și inegalabila fericire a vieții fiecăruia dintre noi.

De un sprijin real vor fi, sperăm, și temele abordate în acest capitol al almanahului nostru dedicat sănătății mamei și copilului. Temele vizează oportunitatea investigației genetice, evoluția dezvoltării psihomotorii a copilului și educarea lui în familie și colectivitate, importanța alimentației naturale a sugarului, problemele adolescenților și ale cuplului, comportamentul gravidei pe timpul sarcinii și alte aspecte de care depinde sănătatea mamei, copilului, a familiei.

GENETICA— O CERTITUDINE

Tulburările genetice fac parte din viața speciei noastre și trebuie să le considerăm un fenomen firesc, rolul geneticii fiind de a preveni pe toate căile apariția lor. Deși nu este întotdeauna posibil, dincolo de dificultăți și incertitudini, profilaxia tulburărilor genetice a devenit însă o realitate, una dintre cele mai generoase realități ale medicinei contemporane.

Profilaxia accidentelor genetice începe cu descoperirea familiilor ce prezintă un risc oarecare de a avea un copil anormal. Dacă, să presupunem, am putea investiga toate cuplurile, am putea preîntîmpina cu siguranță numeroase drame. Dar acest lucru este imposibil și va fi, din păcate, imposibil încă mult timp. De obicei cer un sfat genetic femeile care au avut două sau mai multe avorturi spontane, și îndeosebi cele ce au născut un copil anormal. După șocul inițial, firesc, deoarece nici o mamă nu crede că ea, tocmai ea, are un asemenea copil, după lungi zile de neliniște și speranțe, părinții vor să știe dacă nu cumva viitorul copil va fi anormal. Începe astfel o lungă și complexă investigație genetică.

Prima etapă constă în fixarea diagnosticului. Trebuie stabilit cu maximum de probabilitate originea tulburării — este sau nu genetică? În prima eventualitate riscul reapariției tulburării este mare sau relativ mare. În cea de-a doua ipoteză, riscul este neglijabil, în mod obișnuit. Spunem, cu maximum de probabilitate deoarece această diferențiere nu este întotdeauna posibilă.

Cromozomial — copilul poate avea un cromozom mai mult sau un cromozom mai puțin; eventual, poate apărea mai rar o anomalie cromozomială fină; **genic**, una dintre cele câteva zeci de mii de gene ale universului ereditar poate fi anormală, suficient pentru a transforma deseori un copil într-un marginal social; **poligenic** — malformația apare la intersecția unui mediu

nefavorabil cu o constelație genetică particulară. Această diferențiere este hotărîtoare pentru aprecierea riscului reapariției unui accident genetic, deoarece anomaliile cromozomiale sînt frecvent erori sporadice și nepetabile, în timp ce tulburările biochimice condiționate de mutații genice sînt constant ereditare și se pot transmite din generație în generație.

Pînă foarte recent diagnosticul genetic se stabilea cînd se reușea aprecierea riscului statistic al recurenței, al nașterii unui copil anormal. Aici investigația se oprea dezarmată. Dezarmați erau și părinții. Ei erau cei ce trebuiau să ia pe proprie răspundere decizia finală. Dar ce înseamnă un risc de 10 la sută sau de 50 la sută? Este mult... este puțin? Categorie, acești părinți au nevoie de mai multă siguranță — în măsura în care medicina le-o poate oferi.

Această etapă se apropie de sfîrșit. Avem acum posibilitatea de a descoperi prezența unui accident genetic în primele luni de viață intrauterină, atunci cînd se mai poate adopta o atitudine medicală adecvată. Tehnica este relativ complexă. Se extrag cîteva picături din lichidul care „scaldă” fătul. Din celele prezente în acest lichid se fac culturi de celule fetale, care devin apoi obiectul unor cercetări deosebit de variate. Rezultatele sînt spectaculoase: se pot descoperi toate anomaliile cromozomiale, se pot depista cele cu efecte negative majore, uneori devastatoare (malformațiile deschise de tub neural — anencefalia și spina bifida — pentru a le aminti doar pe cele mai cunoscute — și zeci de tulburări biochimice), iar dacă fătul este anormal sarcina se întrerupe.

Controlul genetic al fătului este impus așadar de circumstanțe bine definite, fiind necesar în următoarele situații: cînd unul dintre părinți are o anomalie cromozomială echilibrată, un schimb de material cromozomial (deși cel cu aceste剩nieri este aparent normal, el prezintă un risc mare de a avea copii anormali), nașterea unui copil cu o anomalie cromozomială numerică după un astfel de accident mărește riscul nașterii unui nou copil anormal, cînd mama a depășit 40 de ani (după această vîrstă crește semnifica-

tiv riscul de a naște un copil cu o anomalie cromozomială specifică, de exemplu, sindrom Down); după nașterea unui copil cu malformații multiple, care a decedat fără un diagnostic cert, sau a unui copil cu o tulburare condiționată de o mutație situată în cromozomul X (cele mai frecvente exemple sînt hemofilia și „distrofia musculară Duchenne”). În asemenea circumstanțe 50 la sută dintre băieți sînt anormali și restul normali, iar fetele sînt întotdeauna normale. Deocamdată nu putem determina cert eroarea biochimică în celulele fetale din lichidul amniotic. De aceea din prudență sînt eliminați toți fetei masculini, după nașterea unui copil cu o tulburare biochimică — evident genetică — determinabilă în lichidul amniotic. Există și alte indicații nu mai puțin importante. Amniocenteza, cea mai prețioasă dintre metodele de detecție antenatală, va deveni o metodă de rutină în medicina de mîine. Dar citeva tulburări genetice — între care hidrocefalia și anencefalia — pot fi deosebite relativ simplu prin ultrasonografie. Numărul lor crește continuu odată cu modernizarea ultrasonografelor. Cu multă prudență se dezvoltă fetoscopia — vizualizare directă a fătului — prin intermediul unui sistem optic. Este o soluție dificilă și nu lipsită de riscuri, folosită în împrejurări extreme.

Datele strînse în toate colțurile lumii sînt concludente, stabilind că 0,62 la sută dintre nou-născuți au o tulburare cromozomială oarecare, 1-3 la sută o tulburare specifică condiționată de o singură mutație genică cu consecințe mai mult sau mai puțin severe (acestea fiind tulburările ereditare în accepția strictă a termenului), iar 10 la sută au sau vor avea o tulburare rezultată din înțîlnirea mediului cu o structură genetică particulară. În acest grup intră o serie de malformații numite sugestiv malformații congenitale comune — buza de iepure cu sau fără despicătură palatină, malformațiile de cord, luxația congenitală de șold, piciorul strîmb congenital, precum și schizofrenia, diabetul zaharat. Foarte probabil,

În curînd vom şti cu mai multă siguranţă care este rolul eredităţii şi al mediului în apariţia acestor tulburări. Pînă atunci marea datorie a geneticii umane este de a preveni apariţia tulburărilor ereditare şi de a descoperi noi metode eficiente de tratament.

Genetica trăieşte un moment de răscruce. Pînă nu demult se admitea că tulburările genetice nu pot beneficia de nici un tratament adecvat, deoarece ele se conturează în clipa fecundaţiei şi sînt ireversibile. Este adevărat, dar se pot corecta efectele mutaţiilor. Deocamdată ale unui număr relativ mic de asemenea mutaţii, dar avem certitudinea că numărul lor va creşte spectaculos în viitorul apropiat.

Primele performanţe aparţin chirurgiei, care a reuşit să corecteze o largă gamă de malformaţii, de la defectele cardiace, la piciorul strîmb congenital sau stenoza pilorică. Este mult şi totuşi puţin, deoarece marea majoritate a tulburărilor genetice sînt expresia unei erori biochimice. În asemenea circumstanţe tulburările clinice pot fi consecinţa deficienţei unui produs chimic specific (de exemplu, un hormon). Tratamentul lor este relativ uşor; de exemplu, în nanismul hipofizar se administrează hormon de creştere şi efectele sînt remarcabile. Şi în hipotiroidismul congenital administrarea hormonilor tiroidieni are consecinţe similare. În alte tulburări, un compus chimic dat nu mai poate fi metabolizat, ci se acumulează şi are efecte dramatice. Exemplul cel mai cunoscut este fenilcetonuria, o eroare metabolică care duce la apariţia unei înapoieri mintale profunde. Este însă suficient ca tulburarea biochimică să fie descoperită imediat după naştere, şi ca marea majoritate a copiilor cu fenilcetonurie să beneficieze de o alimentaţie artificială — cu cantităţi optime de fenilalanină iar tratamentul să dureze cel puţin 6—7 ani, ca tulburările clinice să dispară.

Lista tulburărilor biochimice care pot beneficia de un tratament adecvat se amplifică mereu, incluzînd galactozemia, aciduria propionică, deficienţa lactazei, precum şi numeroase tulburări vitamino-dependente: cistationuria, rahitismul vitamino-dependent etc.

Bolile cromozomiale ocupă un spaţiu aparte în patologia umană. Anomaliile cromozomiale numerice sau structurale au consecinţe surprinzător de variate, uneori extrem de grave, incompatibile cu viaţa, alteori cu totul neînsemnate. Două exemple concludente: copiii cu un mic cromozom (21) suplimentar au tulburări atît de caracteristice încît pot fi identificaţi imediat, în timp ce bărbaii cu doi cromozomi de sex Y sînt frecvent descoperiţi întîmplător. Primii pot beneficia de un tratament complex care antrenează creşterea coeficientului lor de inteligenţă — un mediu familial stimulat, fizioterapie.

Un nou domeniu — chirurgia fetală — s-ar putea să revoluţioneze mari capitole din patologie. Iată una dintre cele mai recente performanţe: ultrasonografic se descoperă că un făt are hidrocefalie. Acumularea lichidului cefalorahidian în creier va induce leziuni ireversibile. Diagnosticul ultrasonografic este stabilit atunci cînd nu se mai poate elimina fătul. Şi totuşi o echipă de chirurghi a pătruns în cavitatea uterină sub control ultrasonografic şi a introdus o sondă în craniul unui făt hidrocefal (astfel, se putea scurge lichidul în exces). După naştere, copilul a fost supus unei complicate intervenţii chirurgicale şi a evoluat normal. Accident fericit? Nu. Echipa de chirurghi venea după o îndelungată perioadă de experienţă, aceeaşi intervenţie fiind realizată de sute de ori pe feţi de oaie. Aşadar, la orizont se conturează chirurgia pe uter deschis.

Marea speranţă a geneticii rămîne deci chirurgia genetică, corectarea directă a genei anormale sau înlocuirea ei cu o genă normală. Primele tentative au avut loc şi, aproape firesc, au eşuat. Dar fără nici o îndoială cîndva, peste un deceniu sau două, chirurgia genetică va deveni o realitate. În istoria medicinei va începe un capitol extraordinar care o va schimba profund.

**Dr. C. MAXIMILIAN,
Dr. Doina IOAN**

STERILITATEA CUPLULUI

Prezenţa copiilor într-o familie este în aceeaşi măsură emoţionantă şi necesară. Este deci firesc ca în familiile fără copii să apară problema „sterilităţii conjugale”, situaţie delicată şi complexă a celor doi parteneri. Din punct de vedere medical, sterilitatea unui cuplu se defineşte atunci cînd femeia nu rămîne gravidă după un an de coabitare constantă, în absenţa oricărei practici contraceptive. Cauzele sînt atribuite în proporţie egală femeii şi bărbatului.

Există încă bărbai care nu acceptă ideea unei posibile infertilităţi şi care insistă ca numai soţiile să fie examinate şi tratate. Aceştia confundă potenţa sexuală cu fertilitatea. Trebuie impusă însă noţiunea de „cuplu steril” şi înţeleasă necesitatea investigaţiilor concomitente a ambilor parteneri.

Cauzele sterilităţii masculine sînt diverse, fiind implicaţi factori genetici, hormonali, imunologici, mecanici, infecţioşi, chirurgici, neuropsihici. În cunoaşterea factorilor genetici responsabili de infertilitatea masculină, cercetările din ultimii ani au evidenţiat că în tulburările testiculare absenţa spermatozoizilor este caracteristică şi explică infertilitatea. Pentru depistarea acestor afecţiuni este necesar studiul cromozomial (cariotip) şi în acelaşi timp acordarea „sfatului genetic”, în vederea profilaxiei unei eventuale anomalii genetice transmise fătului. S-a conturat şi o patologie mai puţin cunoscută, cea a bolilor autoimune, în care apariţia anticorpilor antispermatozoizi explică unele situaţii de oligo şi azoospermie (lipsa spermatozoizilor în ejaculat), considerate altdată ideoptice. Tulburările circulatorii la nivelul testiculului pot, de asemenea, să afecteze spermatogeneza. Dintre acestea, cele mai frecvente sînt induse de varicocele, care determină alterări calitative şi cantitative ale spermei. În asemenea situaţie este indicat tratamentul chirurgical, după care starea funcţională a testiculului se ameliorează. Dintre factorii infecţioşi respon-

sabili de apariția sterilității masculine un rol deosebit revine tuberculozei genitale, orhitei urliene (complicație a oreionului), blenoragiei etc. Se impune tratamentul profilactic al acestor afecțiuni, iar în situația apariției bolii, un diagnostic precoce și un tratament specific antiinfecțios și antiinflamator. Nu poate fi neglijată nici influența factorilor neuropsihici asupra fertilității. În situații stressante apar tulburări de dinamică sexuală cu scăderea libidoului, impotență erectilă sau de ejaculare, constituind în același timp efect și factor de întreținere a psihonevrozelor.

Foarte multe disfuncții endocrine pot induce tulburări de dinamică sexuală și sterilitate. Menționăm rolul important pe care îl are excesul de prolactină (hormon proteic). Studii recente incriminează abuzul de sedative, tranchilizante și neuroleptice în geneza hiperprolactinemiei.

În ceea ce privește sterilitatea feminină, se cunosc o multitudine de factori etiologici. Cei vaginali (malformații, infecții) determină tulburări de dinamică sexuală și de recepție a spermei. Factorii cervicali (cervicite, incompatibilități imunologice etc.) împiedică penetrația spermatozoizilor în cavitatea uterină. Cei uterini (malformații, hipoplazii, tumori, modificări de statică uterină, infecții) împiedică fixarea oului și menținerea sarcinii. Cel mai frecvent incriminați sînt factorii tubari. Obstrucțiile tubare datorate infecțiilor (genococie, postabortum, postpartum, tuberculoză etc.), tumorilor, aderențelor fac imposibilă fecundarea oului. Cei de natură ovariană (afecțiuni genetice, ovarite chistice, tumori, aderențe, infecții) suprimă dezvoltarea foliculilor ovarieni și ovulația. Și diverse afecțiuni endocrinologice (hipofizare, tiroidiene, hiperandrogenismul, diabetul zaharat, obezitatea etc.) pot prezenta asociat insuficiență ovariană și sterilitate. Se constată la femei, în special la tinere, un abuz de sedative și tranchilizante, apte de a induce hiperprolactinemie, cu amenoree și sterilitate secundară.

Dată fiind multitudinea de factori etiopatogenici ai sterilității, diagnosticul și tratamentul sînt uneori dificile, necesitînd tact și perseverență în efectuarea

multiplelor teste de investigație. În acest scop, în toate centrele universitare funcționează cabinete de combaterea sterilității, în care își dau concursul echipe de specialiști (endocrinologi, ginecologi, urologi, medici de laborator, geneticieni etc.).

Pentru stabilirea unui diagnostic corect și a unei conduite terapeutice adecvate se recomandă cuplurilor sterile să se adreseze fără ezitare acestor cabinete.

Conf. dr. Grigore LUNGU
Institutul de medicină
Timișoara

ALIMENTAȚIA LA SÎN- HOTĂRÎTOARE ÎN PRIMUL AN DE VIAȚĂ

Alimentația constituie o problemă deosebit de importantă și condiționează starea de sănătate a omului la toate vîrstele. De aceea problemele de alimentație sînt mereu în actualitate, figurînd pe ordinea de zi a multor consfătuiri internaționale medicale de prestigiu, stîrnind deopotrivă interesul specialiștilor și al populației. Cunoașterea alimentației științifice devine astfel o necesitate. La copil, ca și la adult subalimentația (de menționat că peste 2/3 din copiii lumii sînt subnutriți) cit și alimentația în exces (obezitatea) sînt la fel de dăunătoare. Dintre numeroasele substanțe necesare în metabolismul uman (de ordinul mililor), doar 47 trebuie aduse din alimente, esențiale fiind celelalte care pot fi produse în cursul metabolismului uman. Dintre elementele indispensabile se pot cita: aminoacizii esențiali, cîțiva acizi grași esențiali, unele vitamine, sărurile minerale și oligoelementele. Din multitudinea de

date asupra nutriției și alimentației copilului ne vom opri asupra citorva dintre ele, ce au o importanță practică, optînd în alegerea lor pe datele furnizate de Institutul pentru ocrotirea mamei și copilului.

Cu toate progresele realizate în ultimele decenii în alimentația artificială, alimentul ideal pentru nou-născutul la termen și sugarul din primele 4—6 luni de viață rămîne laptele de mamă. Acesta asigură o rație echilibrată în principii alimentare, necesare creșterii somatice și cerebrale a copilului, o protecție antiinfecțioasă și antialergică, o adaptare automată la nevoile sale, menținînd legăturile afective între mamă și copil, reprezentînd în același timp mijlocul cel mai economic de alimentație. După unele calcule ce includ și hrana suplimentară pentru mama care alăptează, alimentația naturală este de 2—3 ori mai ieftină ca alimentația artificială. Cerebrul pediatru suedez Wahlquist afirma: „Laptele de mamă este alimentul ideal pentru sugar. El reprezintă un dar unic al naturii care a fost decisiv pentru



supraviețuirea omenirii...“ As-tăzi pe plan mondial, chiar și în țările dezvoltate, asistăm la o revenire spectaculoasă la alimentația naturală, considerată ca „redescoperită“ pentru calitățile deosebite ale laptelui matern, perfect adaptat necesităților copilului, având o mare valoare biologică prin conținutul în enzime, anticorpi, vitamine, săruri minerale și oligoelemente.

Până nu demult se obișnuia punerea copilului la sân la 24 de ore după naștere; în prezent se recomandă după câteva ore (după unii pediatri între 4 și 12 ore). Se preferă, de asemenea, metoda de a se pune cit mai des copilul la sân (alimentația „la cerere“), prin aceasta stimulându-se secreția laptelui. Se consideră că ritmul supturilor se autoreglează la un ritm de aproximativ 4 ore, iar pauza de noapte după aproximativ 4 săptămâni sau cel mult 3 luni. Aceste modificări de atitudine (față de principiul enunțat în trecutul apropiat al alimentației la 3 ore interval) urmăresc preîntâmpinarea înfărcării precoce. Atingerea obrazului copilului cu sinul înainte de a-l alăpta pentru ca el să-și declanșeze reflexul de supt, evitarea punerii la sân a celui somnoros (eventual lăsarea lui să plîngă câteva minute înainte de supt), introducerea mamelonului cu întreaga lui aureolă în gura sugarului pentru a favoriza o mai bună evacuare a laptelui, alegerea unei poziții comode a mamei pentru alăptare, favorizarea erupției după supt rămîn mijloace ce ușurează desfășurarea în bune condiții a alăptării.

Durata alăptării crește de la 5 minute la fiecare 2—3 ore (în prima zi), la 10 minute în a doua zi, la 15 minute în a treia zi, pentru ca apoi ea să fie de aproximativ 20—30 de minute. Copilul sugere alternativ la câte un sin la fiecare supt, iar cînd nu se satură, la ambii sini, cu reluarea alăptării la următorul supt la sinul golit insuficient. Se poate utiliza un sutien larg, cu punerea unei batiste curate, împăturită dacă laptele curge singur, cum se întîmplă în unele cazuri. Nu se recomandă spălarea sinilor cu săpun sau alcool (ultimul îi usucă, favorizînd apariția fisurilor pe mameloane), ci cu apă sau ștergerea lor cu ceai de mușetel. Întrucît aplicarea unor unguente cu vitamine poate irita si-

nii, se va prefera vaselina sau lanolina în strat subțire ce poate fi lăsat pînă la suptul următor. Sîinii ținuiți uscați vor fi cit mai mult expuși la aer. Utilizarea unor medicamente pentru stimularea secreției lactate se va face numai la indicația medicului. Mama care alăptează trebuie ajutată de familie spre a evita supărările, i se va favoriza relaxarea și o alimentație echilibrată conform prevederilor științifice, o cantitate sporită de lichide cu 700—800 ml pe zi și un aport de 1 g de calciu pe zi cînd nu consumă lapte. Ea nu poate lua medicamente decît cu avizul medicului, deoarece unele trec în lapte în cantități mici (alcool, cofeină, opiacee, chinină, atropină, hioscină, sulfamidă, penicilină, laxative), iar altele în cantități mai mari în lapte fiind toxice pentru sugar (barbituricele, salicilatul, bromurile, cofeina, anticoagulantele, corticosteroizii, antitirodinele, antimetaboliții). Cantitatea de vitamină C transmisă în lapte (în funcție de alimentația mamei) scade la mamele fumătoare. Laptele de mamă satisface nevoile în vitamine și săruri minerale ale organismului copilului în primele 4—6 luni de viață, cu adaosul de vitamină D (400—800 u.i./zi), fier 0,55 mg/zi, fluor 0,25 mg/zi. După această vîrstă devine necesară diversificarea alimentației copilului, întărcarea (suprimarea ultimului supt) făcîndu-se între 7 și 9 luni.

Diversificarea alimentației sugarului trebuie făcută numai cînd este imposibilă alăptarea la sân; în cazuri normale, în jurul vîrstei de 4 luni. Pentru satisfacerea nevoilor de săruri minerale, vitamine, acizi grași și celuloză, ultima fiind necesară reglării motilității intestinale. O diversificare precoce, la vîrsta de 2—3 luni, cum era recomandată pînă nu de mult, poate fi riscantă, deoarece funcțiile enzimatice intestinale (în special cele amilolitice) nu sînt complet dezvoltate pînă la vîrsta de 4 luni. O diversificare tardivă, mai ales în condițiile alimentației artificiale, nu este însă favorabilă dezvoltării sugarului. Adaosul de sucuri de fructe, în funcție de toleranța acestuia pînă la 30 ml/zi (pînă la 3 luni și jumătate) și de 50—60 ml după această vîrstă, se face în afara meselor fără a înlocui vreun supt.

Primul supt (prima masă de

lapte în alimentația artificială) este înlocuit, de regulă, cu supă de legume (cînd copilul are un deficit ponderal se preferă făinosul cu lapte), care se îmbogățește cu zeamil (3 la sută) și ulei vegetal (2—3 la sută), înlocuind laptele de la masa de prînz. A doua masă de lapte (în alimentația artificială) care se înlocuiește cu făinosul cu lapte este penultima sau ultima masă a zilei. Carnea (de vacă, pasăre) sau peștele se poate introduce după vîrsta de 4½—5 luni, fiartă, bine tocată sau mixată, încorporată în pireurile de legume ce se utilizează la această vîrstă. Supă de carne degresată se poate da de la 5 luni sau 5½ luni. A treia masă diversificată poate fi cea de fructe de la ora 10 (de la vîrsta de 4—5 luni fiind mai săracă în calorii, se va îmbogăți cu diferite alimente tolerate în funcție de vîrstă); ea poate constitui și a doua masă diversificată (după cea de legume) la un sugar foarte bine dezvoltat alimentat natural, făinosul cu lapte rămînînd a 3-a masă la vîrsta de 5½—6 luni. În diversificarea alimentației după vîrsta de 6 luni, brînză de vaci cu orez pasat poate constitui o masă. Gălbenușul de ou se poate introduce în cantități progresive de la aceeași vîrstă; iaurtul cu biscuiți și zahăr de la 7 luni; ficatul de pasăre fiert și pasat încă de la 5 luni. Se va ține seama să nu se introducă deodată două sau mai multe alimente, se va urmări toleranța digestivă prin tatonare cu cantități progresive din alimentul pe care îl introducăm treptat în 6—7 zile și nu se va începe diversificarea cînd copilul este bolnav.

Necesarul de calorii după 2—3 săptămîni de viață poate fi apreciat pentru primul an de viață la 100—120 de calorii/kg în 24 de ore, dar rația optimă (cea mai potrivită pentru nevoile copilului) nu reprezintă o medie între o rație maximă și alta minimă tolerată; de aceea trebuie adoptată prin tatonare, urmărind reacțiile și dezvoltarea copilului. Să nu uităm că acesta constituie o individualitate și nu trebuie să-i aplicăm scheme rigide, standardizate de alimentație.

Dr. Arghir POPESCU
directorul Spitalului clinic
de copii „23 August“
București



VĂ CUNOAȘTEȚI COPILUL ?

Particularitatea dominantă în dezvoltarea stadială infantilo-juvenilă a individului, adică tridimensionalitatea sa bio-psiho-socială, este prezentată amănunțit cum evoluează de la naștere pînă la vîrsta de 17 ani în rîndurile ce urmează de prof. dr. PETRE BRÂNZEI, directorul Spitalului clinic de psihiatrie „Socola” din Iași.

Dezvoltarea activității psihice relevă o evidentă corelare cu stadiile evoluției biologice, stadialitate pe care C.I. Parhon a denumit-o sugestiv „ilikiobiologie”. Biologia vîrstelor reflectă, în același timp, și particularitățile ilikipsihologice, de la expansivitatea lucidă infantilo-juvenilă la sintezele creatoare ale vîrstei adulte și înțelepciunea vîrstei înaintate.

În momentul nașterii, copilul este încă decerebrat, avînd mielinizate doar fibrele scurte medulo-bulbare prin care își asigură funcțiile vitale elementare, deși posedă echipamentul neuronal cerebral completat încă din a șaptea lună de viață intrauterină. Biologia primei copilării (0—3 ani) este dominată de maturizarea sistemelor morfofuncționale preexistente genetic în matrițele moleculare, solidarizate în decursul dezvoltării embrio-fetale.

Concomitent cu mielinizarea stadială a structurilor cerebrale, prohogeneza evoluează, încă din momentul nașterii, sub influența modulator-formativă a comportamentului uman, obligatoriu pentru diferențierea reflexo-condiționată a limbajului, de la reactivitatea senzorio-motorie la cunoaștere.

Personalitatea umană, cu diferențele ei nuanțări individuale determinate de tipul de sistem nervos și educație, se află în continuă orientare adaptativă sub influența interdependenței factorilor biologici și sociali. În consecință, personalitatea poate prezenta și diferite situații psihice dezadaptative, reversibile sau ireversibile, ca urmare a unor

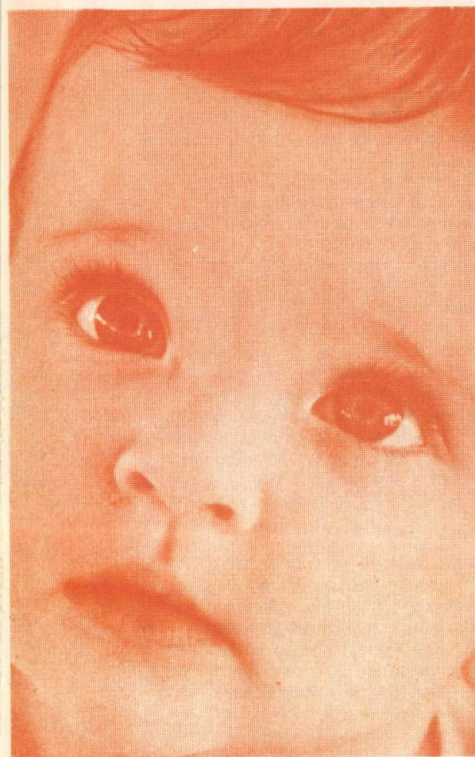
condiții biogene sau sociogene negative. Admițînd ca posibilă creșterea unor copii de către animale, ne impresionează faptul că aceștia nu mai sînt capabili să-și însușească limbajul și să-și dezvolte gîndirea, cu toate eforturile educative depuse, dacă descoperirea lor survine după prima copilărie. Pe de altă parte, instalarea după vîrsta de 3 ani a unor deficite plurisenzoriale deosebit de grave, cum este surdomutitatea asociată cu orbirea, permite dezvoltarea gîndirii în condițiile unei educații defectologice corespunzătoare.

Exemplele date atrag atenția, prin particularitatea lor, asupra corelației dinamice concomitente dintre dezvoltarea morfologică stadială a scoarței cerebrale și intervenția modulator-formativă obligatorie a factorilor social-educativi în edificarea personalității. În acest sens, **cuvîntul** acționează ca un semnal integrator de al doilea ordin în elaborarea reflexelor condiționate pe baza căruia se fundamentează condiția ideoafectivă și volitivă a individualității umane.

Cunoașterea stadiilor dezvoltării psihismului infantil, pe care le prezentăm mai jos, permite diagnosticarea precoce a disgeneziilor care vor deveni manifeste mai tîrziu.

În prima lună: hipertonie în flexie cu instabilitate motorie (mișcări incoordonate de pedală, grimase tonice, clonus al mandibulei, bradikinezia capului), declanșarea promptă a reflexului de sugere la atingerea buzelor. Excitațiile din mediu determină o difuziune motrice și emoțională nediferențiată, care se epuizează la copilul sănătos prin alimentare în condițiile unui climat confortabil (verbele „a mîngia” și „a dezmierta”, ce derivă din „manganare” și „desmerdere”, au avut inițial sensul de a liniști copilul mic prin curățire și hrănire la sîn).

În luna a II-a copilul fixează capul cînd este susținut din spate, iar culcat pe spate ridică brațele. Apare reflexul de prehensiune, cu flectarea degetelor la atingerea palmelor; urmărește cu privirea persoanele în mișcare și fixează un obiect strălucitor mișcat în fața sa; reacționează la voci, întorcînd capul și fixînd privirea în direcția respectivă; mișcă umerii spre a fi ridicat în brațe, bate apa cu picioarele în baie.



În luna a III-a copilul ține capul în axul corpului, când este sprijinit de umeri. Culcat pe burtă ridică trunchiul, sprijinindu-se în mâini, iar susținut din axile se sprijină pe picioare. La prezentarea unor obiecte strălucitoare schițează gesturi de prehensiune, începe să ducă obiectele la gură. Acum se conturează comportamentul obiectiv: recunoaște persoanele apropiate, răspunde la suris și la vorbirea calmă și mângietoare; mimica afectuoasă și muzica adecvată îl dispun și-i liniștesc plînsul, iar zgomotele neașteptate și atitudinea precipitată îl înspăimîntă.

În luna a IV-a și a V-a copilul ține bine capul când este purtat în brațe, se întoarce de pe spate pe burtă, iar ținut de mâini se ridică în șezut și poate sta așezat, sprijinit pe o pernă; susținut din axile se ține bine în picioare; apucă obiectele cu ambele mâini, le reține și le duce la gură. Ținut pe genunchi în fața mesei, bate cu palmele; urmărește deplasarea lentă a unui obiect, întorcînd privirea după el. Face cunoștință cu propriul său corp, studiindu-și inițial mișcările. Începe să i se diferențieze risul și se distrează la jocul pantomimic, emițînd sunete de satisfacție. Se supără cînd este sîciit; își manifestă energic dorința de a fi purtat în brațe sau plimbat.

În lunile a VI-a și a VII-a apar primii dinți; se ridică în șezut, ajutîndu-se cu minile; se tirăște pe mâini și genunchi; se întoarce de pe burtă pe spate și pășește sprijinindu-se de trunchi. Începe să se diferențieze bucuria jocului, alegîndu-și singur jucăria; așezat la masă bate cu palmele sau cu lingurița, manifestînd nerăbdarea de a mânca. Începe pronunția silabică, schițînd stadiul preverbal, prin identificarea și diferențierea unor situații familiale. Caută să atingă cu mina imaginea din oglindă și începe să studieze jucăriile, manifestîndu-și satisfacția cînd intră în posesia unui obiect dorit.

În lunile a VIII-a și a IX-a apare tendința de atitudine verticală; copilul se sprijină de obiecte, ridicîndu-se în picioare, se așază fără ajutor, pășește susținut de ambele mâini, apoi de-a lungul obiectelor fixe. Dispare reflexul de prehensiune la excitația palmară, mobilitatea se perfecționează, cu manipularea

obiectelor

În lunile a X-a și a XI-a stabilește și efectuează mișcări simple, imitînd pe cei din jur; începe să diferențieze sensul aprobativ sau instinctiv față de pulsațiile sale. Îl atrag muzica și jocul ritmat, își identifică imaginea în oglindă cu interes și bucurie. Stă în picioare nespus și merge ținut de mînă. Denumeste fonetic obiectele cunoscute, se concentrează asupra jocului și îl preocupă noile imagini; localizează epicritic o senzație dureroasă, ducînd mîna la locul afectat.

În luna a XII-a începe să meargă și să mînințe singur; pronunță primele cuvinte raportate la obiectele și persoanele din jurul său; efectuează la cerere mici acțiuni utile; începe să-și controleze sfînterele.

Perioada între 1 și 2 ani este considerată stadiul premergător constituirii limbajului. Cuvintele care au fost însoțite imitativ sînt raportate la necesitățile personale prin prelucrarea reflex-condiționată a experienței senzorio-motorii și sub influența obligatorie modulator formativă a educației. Spre sfîrșitul acestui stadiu de maturizare corticală se produce perfecționarea pronunției, copilul începînd să construiască fraze simple, alcătuite din 2, 3 și apoi 5 cuvinte, prin care definește obiectele și ființele din jurul său. La încheierea stadiului își controlează cu eficiență sfînterele, ajută să fie îmbrăcat și se servește de linguriță.

Perioada între 2 și 3 ani reprezintă stadiul constituirii limbajului vorbit și coincide cu terminarea mielenizării căilor piramidale. Copilul trece la stabilirea unui nivel primar de conștiință prelogică a propriei persoane, folosind prenumele personal la nominativ („eu”) și dativ („mie”) în raporturile pe care le stabilește între lumea obiectivă și pulsațiile sale subiective. În această perioadă nu este posibilă folosirea integrală a verbului, perfecționarea utilizării lui realizîndu-se progresiv pînă la vîrsta de 7 ani.

Perioada între 3 și 4 ani constituie stadiul confirmării gîndirii concrete și coincide cu dispariția progresivă a hipotomiei musculare. Copilul diferențiază noțiunile elementare de timp și spațiu (noapte-zî, astăzi — ieri — mîine), identifică un itinerar

simplic și amplasarea propriei locuințe, precum și raporturile interpersonale posesive; începe corectarea gramaticală a limbajului și îmbogățirea vocabularului pentru a interoga și a cere; folosește amplu monologul și dialogul. Are capacitatea reprezentării lumii concrete pe care o trăiește imaginativ, ascultînd sau reproducînd o povestire ce-l interesează.

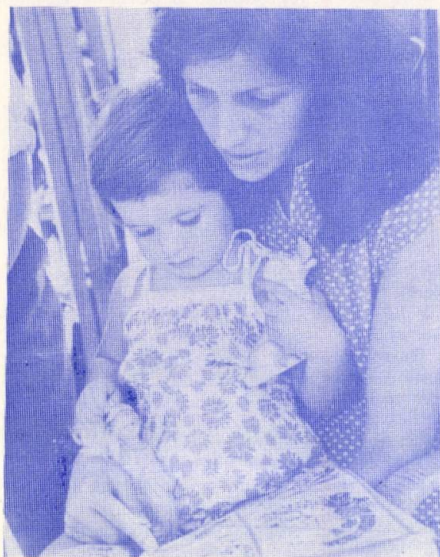
Perioada între 4 și 5 ani, sau stadiul nucleului primar al personalității, corespunde cu finisarea mielenizării cîmpurilor corticale de coordonare gonozeo-proxică. Se îmbogățesc și se înlăunțe noțiunile de percepere temporo-spațială, cu reprezentarea lor mintală și dezvoltarea dialogului pe tema „ce este” din setea de a cunoaște lumea reală. Basmul apare tot atît de veridic precum însăși realitatea, concomitent cu configurarea polarității elementare a sentimentelor echitate și atașament.

Perioada între 5 și 7 ani reprezintă stadiul configurării trăsăturilor sociale ale personalității umane prin dezvoltarea preocupărilor legate de jocul colectiv și învățare, în raport cu împlinirea funcțiilor intelectuale, structura temperamentală și mediul familial ca element modulator — formativ al caracterului.

Perioada între 7 și 10 ani constituie stadiul gîndirii logice și al conduitelor sociale. Este caracterizată prin stabilirea relațiilor de cauzalitate și prin însușirea în cadrul procesului educativ al conduitelor etice directoare față de pulsațiile instinctiv-emoționale.

În perioada dintre 10 și 12 ani se realizează perfecționarea gîndirii logice formale, în raport cu mediul social, și se deschid perspectivele cunoașterii abstracte. Astfel între 12 și 14 ani (stadiul puberal) elementele caracteristice sînt: diferențierea gonadică, stăpînirea și disimularea pulsațiilor instinctiv-emoționale și dezvoltarea sentimentelor de responsabilitate moral-socială, iar între 14 și 17 ani (stadiul nuclear al adolescenței) se definește caracterul și orientarea socială, pe baza diferențierii experienței instructiv-educative față de fondul temperamental instinctiv-emoțional. Este vîrsta căutărilor ideale și a pasiunilor altruiste, dar și a încercărilor vicioase sau demodulărilor comportamentale dezadaptative.

EDUCAȚIE NONSTOP



ÎN FAMILIE

Copiii sînt bucuria și rațiunea de a fi a familiei încheiate prin dragoste și respect reciproc în care părinții se vor continua prin tot ce au mai bun în ei, în acele ființe ce le seamănă și în care se pun nădejdi pentru mai tîrziu. Și care părinte n-ar vrea să aibă copii sănătoși, dezvoltăți armonios fizic și psihic, capabili de un bun randament la vîrsta școlară? Pentru a-i avea însă așa trebuie să știm cum să-i creștem, cînd să-i ducem în colectivitate, cum să le observăm dezvoltarea treptat, pe grupe de vîrstă, așa încît să nu neglijăm nimic din ceea ce ar influența favorabil acest proces.

În general părinții știu multe lucruri privind alimentația sugarului și copilului mic, creșterea în greutate, principalele noțiuni de puericultură, iar recomandările medicului privind orele de somn, plimbarea în aer liber, igiena îmbrăcămintei sînt de obicei respectate și aplicate cu strictețe. Ceea ce nu cunosc însă îndeajuns este modul de observare a dezvoltării sale neuropsihice, nefiind, în unele cazuri, în stare să discearnă care este partea lor de vină atunci cînd acesta nu evoluează normal conform vîrstei și are unele rămăneri în urmă.

Puțini cunosc, spre exemplu, de ce este important să-și crească singuri copiii, să-i aibă permanent lîngă ei, urmărindu-i zi și noapte. Pentru cei mai mulți părinți tineri alternativa de a-i trimite la bunici apare drept cea mai avantajoasă pentru



copii și, de ce nu, cea mai comodă pentru ei înșiși. Bunicii au, se spune, experiență, au mai crescut copii, au răbdare și, ceea ce știm cu toții, își iubesc mult nepoții. Sînt aceste argumente suficiente pentru a lipsi un copil de bucuria de a fi zi de zi alături de părinți? Desigur, nu. Pe de altă parte, nu de puține ori atunci cînd acesta se dovedește incapabil să mănînce, să se îmbrace și să se încălzească singur, deși are 5 ani, mama constată că „așa l-a învățat bunica”.

Semnificativ pare în acest sens cazul lui Ciprian Ionescu, un băiețel din București, trimis la bunica la țară, de la vîrsta de 4 luni. Sistematically părinții mergeau să-l vadă încărcăți de jucării și dulciuri, dar copilul îi primea din ce în ce mai străin. Coplesită de răspunderea mare față de sănătatea copilului, bunica îl îndopa cu de toate, chiar dacă acesta refuza alimentele. Alerga în miez de noapte la medic la orice semn de boală. Îndeosebi la mîncare Ciprian era mofturos fără pereche. Slăbise, era anemic și nervos, vorbea greu, bilbiindu-se. Jucăriile primite le păstra doar pentru el, devenise egoist și răsfățat. La 3 ani, îngrijorată, mama îl aduce acasă și, cu toată opoziția bunicii, îl înscrie la grădiniță. Pentru cine îl vede acum, după un an de mers în colectivitate, băiețelul pare de nerecunoscut. Voinic și bine legat, foarte dezinvolt, prietenos, copilul se simte minunat alături de părinți. La grădiniță logopedul și educatoarea s-au străduit să-l ajute să-și corecteze în mare măsură deficiențele de limbaj.

Cazul prezentat nu este desigur tipic pentru situațiile în care copiii de vîrstă preșcolară sînt crescuți de bunici, dar asemenea cazuri există totuși. Părinții nu trebuie să uite însă că numai atunci cînd sînt mereu în preajma copilului pot să-i observe suferințele, deprinderile greșite, comportamentul motor, cognitiv, verbal și socio-afectiv. Cu tact și răbdare, într-un climat de

armonie și înțelegere familiară, aceștia îl vor ajuta să evite, sau odată aparute, să-și remedieze rămănerile în urmă în dezvoltarea neuropsihică. Faptul că un copil nu poate pronunța corect anumite sunete, nu posedă anumite deprinderi de a se auto-servi, faptul că uneori pare agitat și răsfățat fără motiv nu trebuie să îngrijoreze decât în măsura în care este vorba, într-adevăr, de deficiențe semnificate de medic sau psiholog.

Cu înțelepciune și dragoste, fiecare părinte va găsi cele mai diverse căi de a se face ascultat și înțeles de copil, modelind cu răbdare și responsabilitate un caracter și o personalitate, capabilă să facă față solicitărilor impuse de viață.

...ÎN COLECTIVITATE

Se întâlnesc adesea situații în care rămănerile în urmă în dezvoltarea neuropsihică a copiilor își au originea în necunoașterea și nesensizarea la vreme a unor întârzieri în ceea ce privește mersul, limbul, comportamentul socio-afectiv, defecte care semnificate din timp de părinți medicului pediatru ar fi putut fi mult mai repede recuperate. Cum la această vîrstă se pot îndrepta încă multe deficiențe de acest gen, personalul sanitar din creșe încearcă și reușește în majoritatea cazurilor să suplinească această lipsă de prevedere a părinților.

Că lucrurile stau într-adevăr așa ne-a convins vizita în câteva colectivități din Sectorul 2 al Capitalei, între care creșa cu program săptămînal a întreprinderii „Electroaparataj”, unde peste 200 de copii „cresc mari” sub ochii surorilor medicale și ai doctoriței Trifona Dinescu. De luni și pînă simbată acest personal ține locul mamei, tatălui și, trebuie să recunoaștem, nu le este deloc ușor.



Dar „mamele” în halate albe au experiență și știu ce trebuie făcut ca micuții să se simtă bine, să ia în greutate, să învețe să meargă, să vorbească etc. Cunoscînd criteriile științifice de apreciere a dezvoltării neuropsihice a copiilor de la o lună la trei ani, ele lucrează cu fiecare sugar în parte, verificînd mereu nivelul dezvoltării fiecărui. „Cosmin face primii pași”, „Raluca spune mamă”, „Cristian stă în șezut” — sînt evenimentele zilei la grupa de sugari.

Eforturile cele mai mari se fac pentru recuperarea unor rămăneri în urmă la distrofici, la prematuri și la cei cu probleme deosebite de sănătate. Treptat, prin exerciții zilnice de gimnastică, prin stimularea vorbirii, printr-o urmărire perseverentă a dezvoltării neuromotorii individuale, într-o strînsă legătură cu familia se corectează și se modelează personalitatea fiecărui în parte.

PRIMUL PAS, PRIMUL CUVÎNT

Părinții își urmăresc copilul cum crește și cum se dezvoltă încă din primele zile de viață. La început problemele adaptării sînt numeroase și dificile pentru ambele părți, dar mai ales pentru copil. Treptat, supraviețuind cu grijă și învățat să mănînce și să doarmă la ore fixe, el se va deprinde cu regimul de viață. Din acel moment copilul va plînge mai rar, va mînca și va dormi la ore fixe, iar intervalele dintre somn și mese devenind previzibile pot fi fructificate de mamă pentru a-și rezolva alte numeroase obligații pe care le are. Crescut cu grijă de părinți și supraviețuind de medic, copilul, pe zi ce trece, va evolua normal, se va dezvolta armonios fizic și psihic.

Pentru a urmări dezvoltarea lui neuropsihică între 0 și 3 ani, părinții dispun de metoda-ghid „Primul pas, primul cuvînt” elaborată de institutul nostru care cuprinde aspecte importante ale evoluției neuropsihice în această primă etapă a vieții pentru comportamentele: motor, cognitiv, verbal și social-afectiv.

Tabelele prezentate în cadrul fiecărui gen de comportament cuprind caracteristicile de normalitate neuropsihice la copii între 0 și 36 de luni, indicînd pe verticală pentru fiecare vîrstă cronologică răspunsurile la aspectele de dezvoltare motorie, cognitivă, verbală și social-afectivă, iar pe orizontală evoluția în timp pentru aceleași aspecte.

Caracteristicile respective sînt valabile nu numai pentru ziua de împlinire a vîrstei, ci pentru două săptămîni în plus sau în minus, pînă la vîrsta de un an, și pentru o lună în plus sau în minus, pînă la vîrsta de trei ani.

În cazul în care testîndu-vă copilul după caracteristicile de normalitate din această metodă-ghid, el nu va

corespunde la unele dintre ele, nu trebuie să vă alarmați, deoarece unii copii sînt precoci, iar alții au o dezvoltare mai lentă. Forțarea lui în asemenea momente are implicații negative asupra dezvoltării sale, mai ales că nerezultatele se pot datora uneori faptului că este bolnav, indispus, somnolent, iritat. Reveniți cu răbdare și înțelegere atunci cînd este sănătos, bine dispus și veți avea rezultatele dorite.

De reținut că se impune o preocupare deosebită pentru urmărirea dezvoltării neuropsihice a copilului în prima lună de viață, insistîndu-se deosebit asupra prematurilor, distroficilor, a celor născuți printr-un travaliu laborios. Deoarece la acești copii întârzierile în dezvoltarea neuropsihică sînt mai frecvente, părinții este bine să țină o permanentă legătură cu medicul pediatru și cu psihologul.

Psiholog Angela CHIȚU
Institutul de igienă
și sănătate publică București



La grupa mijlocie se observă deja deosebirea dintre copiii veniți de la grupa de sugari, deci tot din colectivitate, și cei veniți din mediul familial. Primii, sînt mai dezinvolți, au formate deprinderile de autoservire, de igienă personală, sînt mai siguri pe mișcări, vorbesc mai devreme, se îmbracă și se dezbracă singuri. Cei veniți din familie sînt mai stingheri, nu știu să mănînce singuri, nu au deprinderea de a se spăla și îmbrăca, au însă, în unele cazuri, un vocabular mai bogat și o bună dezvoltare cognitivă.

După împlinirea vârstei de 3 ani copilul intră în primul an de învățămînt preșcolar. Sora medicală de la creșă este înlocuită cu educatoarea, iar pretențiile față de cunoștințele și deprinderile pe care trebuie să le posedă sînt altele. La Grădinița nr. 1, aparținînd Întreprinderii „Electronica”, din cei 50 de copii de grupă mică 10 vin din familie, iar ceilalți au frecventat creșa. Este o mare deosebire între ei. Cei care au fost în creșă sînt mai sociabili, au deprinderi igienice și de autoservire formate, pe cînd ceilalți par mai răsfațați și mai greu adaptabili la viața de colectiv. La jocurile în grup cei mai ușor de captat sînt tot cei care au mai fost în colectivitate. După prima testare a nivelului de dezvoltare neuropsihică, care are loc toamna, urmează o muncă sistematică de recuperare a întîrzierilor semnalate. Cele mai multe țin de sfera limbajului și se corectează prin exerciții de stimulare a vorbirii. Accentul se pune pe pronunțarea repetată a consoanelor greu de rostit: r, s, ș, t, precum și pe corectarea bilbieliilor, a dislaliei (tulburare de pronunțare a cuvintelor, determinată de modificarea patologică a funcțiilor aparatului logomotor). De mare ajutor este logopedul, deoarece unele deficiențe în pronunțare se păstrează uneori pînă la clasele primare. La această vîrstă nu este important doar cum se vorbește, ci și cum se merge, cum se aleargă, ce noțiuni s-au asimilat, așa încît nu întîmplător în cadrul activităților prevăzute de programă copiii se joacă „alergînd la ursuleți”, fac

„trenul pe sub pod” sau dansează. De fapt, în grădiniță nu există nici o oră de activitate instructiv-educativă fără ca aceasta să nu facă și stimularea dezvoltării lor neuropsihice în ceea ce privește comportamentul motor, cognitiv, socio-afectiv și verbal.

La grupa mare se cere și întocmirea fișei de observație psiho-pedagogică a preșcolarului, document care se prezintă învățătoarei, fiind cuprins în dosarul de înscriere în clasa I. Ogîndă a tot ceea ce reprezintă copilul văzut sub aspect psiho-pedagogic, fișa îi este mare ajutor, favorizînd o bună adaptare școlară a copilului.

Legătura dintre creșă, grădiniță și școală pare în acest context o necesitate reală. Relațiile bune stabilită între grădiniță și Școala generală nr. 46 din același sector, în ceea ce privește testările periodice, sînt o urmare firească a dorinței cadrelor didactice din cele două unități de a realiza o bună adaptare psiho-pedagogică a școlarului mic la exigențele învățămîntului modern.

Cînd copilul n-a fost deloc în colectivitate a-i modela deprinderile înseamnă a începe practic de la zero, cu toate consecințele ce decurg de aici. Nu întîmplător învățătoarele constată că și elevii din clasa I sînt uneori deficițari la scris jocuri de creativitate, ceea ce înseamnă că educatoarea nu s-a preocupat îndeajuns de munca individuală în grupele mari.

Ar fi desigur multe de spus despre ce se face și ce ar mai trebui făcut așa încît fiecare copil să poată obține la vremea potrivită rezultate bune la învățătură, într-o deplină stare de sănătate fizică și psihică. Ca părinți nu trebuie să uităm însă că, pe lîngă colectivitatea în care trăiesc copiii, un rol important îl avem și noi. Să fim pentru ei modele demne de urmat, completînd constructiv strădaniile pe care societatea le face pentru a crește și modela o generație sănătoasă și viguroasă.

Maria PREDOSANU

Igienă și sănătate prin PRODUSELE COSMETICE „FARMEC”



Dicționarul explică cuvîntul „igienă” ca o condiție a prevenirii îmbolnăvirilor și a menținerii sănătății, prin menținerea stării de curățenie a întregului organism.

Preocupați de a realiza produsele necesare menținerii igienei — deci a sănătății — cei ce muncesc la întreprinderea de produse cosmetice „Farmec” din Cluj-Napoca ne oferă tuturor de la an la an posibilitatea de a beneficia de noi sortimente.

De exemplu, **spuma pentru ras „BOB”** asigură cele mai bune condiții bărbieritului. Aplicată pe fața umezită cu apă caldă, pentru a se obține un strat uniform de aproximativ 2 cm grosime, această cremă înmoaie bine barba, permite raderea ei rapidă, fără a se irita tenul. Dacă din diferite motive există o iritație, se pot folosi **spumele de ras „Select”** și **„BOB 3 050”** care datorită substanțelor bactericide elimină senzația neplăcută, închide porții și tonifică epiderma.

După toaleta de dimineață sau după duș este recomandabil să se folosească **deodorantul „BOB” pentru picioare**, care înlătură mirosul neplăcut al transpirației, previne și vindecă iritațiile dintre degete, precum și **apele de toaletă superconcentrate „Cluj 1850”** — cu miros plăcut, discret, care imprimă o notă de eleganță, sau **„Farmec Select”,** plăcut parfumat.

Din bogata gamă de produse cosmetice pentru femei menționăm: **„Catifelin”,** cremă fluidă pentru îngrijirea miinilor, cu efect revitalizant asupra epidermei în cazul miinilor afectate de acțiunea unor substanțe sau a frigului ● **Loțiunea și gelul „Tenofin”,** care previn și vindecă acneea juvenilă. După aplicarea loțiunii pe fața curățată în prealabil și după uscarea ei se întinde un strat subțire de gel și se lasă să acționeze circa 12 ore. Tratamentul durează 30 de zile, timp în care se interzice extirparea coșurilor cu mîna ● **Emulsia demachiantă „Bioton”,** cu acțiune protectoare asupra tenului și pleoapelor ● **Loțiunea „Ada” pentru tratarea unghiilor** se folosește în fiecare seară după îndepărtarea urmelor de lac cu dizolvant, aplicîndu-se cu o pensulă pe suprafața unghiilor, dinspre centru în spre margini. În prima săptămînă se utilizează zilnic; apoi de 2—3 ori pe săptămînă, pe cît posibil după manichiură ● **Fixativul „Eva”** (cu extract de bere) folosit înainte de coafat.

Folosind produsele cosmetice „Farmec” contribuți la menținerea igienei și implicit a sănătății.



HANDICAPUL A FOST DEPĂȘIT

Totul a început într-o dimineață de iunie a anului 1975. Micuțul Emil P., pe atunci în vîrstă de numai 5 luni, s-a trezit cu febră mare – peste 39 de grade C. Părinții l-au dus în grabă din comuna Beidaud-Tulcea la Spitalul din Babadag. Aici medicii au constatat că episodul febril disepptic a fost urmat imediat de paralizia membrului inferior stîng și l-au trimis la Spitalul județean Constanța, iar de aici la Spitalul central de copii din București. După 8 luni de la debutul bolii este internat în secția de recuperare copii a Spitalului județean Sibiu, unde medicul chirurg Marius Păun îl supune unei intervenții chirurgicale corectoare. Evoluția postoperatorie este favorabilă. I se confecționează o atelă coxopodală în vederea exercițiilor de ortostatism atelat pe care trebuia să le facă. Căldura, blîndețea și dragostea cu care este înconju-

rat în spital micuțul Emil de medici și surori medicale, de ceilalți bolnavi, îl ajută să învețe să meargă cu piciorul atelat. La început sprijinindu-se de un scaun pe rotile, apoi, treptat, cu ajutorul aparatului tip „Hessing” și cu gheață ortopedică.

La vîrstă de 5 ani medicii sibieni constată o evidentă ameliorare trofică, fapt ce atestă că micul Emil a reușit să depășească handicapul fizic și va avea posibilitatea, pe măsură ce anii vor trece, să-l reducă din ce în ce mai mult. Este o apreciere rezultată nu numai din concluziile medicilor, ci și din voioșia care îl caracterizează pe micuțul Emil.

Text și fotografii
Fred NUSS



REMEMORĂRI

„MOAȘELE STATORNICITE”

● În anul 1834 sînt publicate la București primele reguli privind „îndatoririle moașelor statornicite în tîrguri ținutale și în spitale” în care printre altele se menționează: „să fie cunoscut că moașele nu sînt slobode să iasă din localitate, fără voie, nici măcar o zi; locuințele lor să fie însemnate cu o tablă scrisă; să meargă ziua și noaptea ori unde vor fi chemate, ca să ajute cu mare silință; să nu cuteze a da ajutor de stricarea ori pierderea vreunui copil, sau alte vrednice de pedeapsă întimplări și să arate stăpînirii pe femeile care le fac îndemn spre scopuri nelegitime”.

● Peste 25 de ani, la 1 septembrie 1861, în toată Capitala erau numai 7 „moașe impiegate” (oficiale), care primiseră din partea Serviciului sanitar diplome de „artă obstetrică pentru moașe”, semnate de doctorul Carol Davila. Aceste moașe, care au asistat la nașterea multora dintre străbunii bucureștenilor, se numeau Bălașa Murgescu, Elena Popescu, Uța Vasilescu, Tecla Babel, Anica Covaci, Eufrosina Anagnoste și Catina Tit.

● Direcția Serviciului sanitar trimite, în mai 1897, o circulară în întreaga țară în care se atrage atenția asupra ținutei moașelor rurale, „care umbla îmbrăcate într-un mod foarte luxos, ceea ce face pe țăranii să fugă de ele” și li se recomandă o vestimentație modestă, pentru a capta încrederea populației.

Ion MUNTEANU

ADOLESCENȚA

PRAG ÎNTRE VÎRSTE



Adolescența începe în al 12-lea an de viață și durează până la aproximativ 18 sau 20 de ani, fiind ultima și cea mai complexă dintre marile etape ale dezvoltării. Este punctul unde se împlinește copilăria cu tot aportul ereditar și cu toată contribuția educativă pe care această împlinire o presupune; noile activități care devin posibile în această etapă își au rădăcinile în cele ale vîrstelor precedente; astfel, camaraderiile din copilărie pregătesc prietenii din tinerețe, iar gîndirea rațională a școlarului permite accesul acestuia la gîndirea adolescentului. Această perioadă este definitivă și pentru tot viitorul tînărului. Ea se caracterizează nu numai prin multiplele aspecte ale instrucției care-l pregătesc pe tînăr sau pe tînără pentru sarcinile maturității, ci și prin proiectele, aspirațiile unei personalități, care ia cunoștință de scopurile pe care ar vrea să le atingă și care caută mijloacele adecvate pentru a ajunge la ele. Este vorba deci de un moment al creșterii, care, avînd trăsăturile sale psihologice particulare și stilul său propriu, rămîne solid legat de etapele care îl încadrează. Dacă am vrea

să-l izolăm, am risca să nu-l înțelegem.

Nu există o perioadă a creșterii în care evoluția să fie atît de sensibilă ca în anii adolescenței. Transformările fizice și psihice care o caracterizează frapază și pe observatorul cel mai puțin avertizat. De la un an la altul, uneori de la o zi la alta, apar schimbări în conduită — ele îl surprind pe adolescent în măsura în care acesta se interesează de sine însuși mult mai mult decît atunci cînd era copil. Atît cît durează aceste schimbări, el rămîne încă adolescent, iar cînd încetează sau se încetinesc, vîrsta adultă nu este departe. Dar această evoluție nu se produce numai în domeniul corporal și afectiv, așa cum se crede de obicei, ci se manifestă în toate domeniile vieții mentale, ca și în cel al personalității sociale. Se transformă ansamblul conduitei, se poate distinge deci adolescența primară (pubertară) de la 12 la 16 ani în care predomină transformările organice și adolescența juvenilă, de marea adolescență de la 16 la 19 ani, în care trec pe primul plan achizițiile sociale și culturale.

Adolescența este, prin defini-

ție, vîrsta în care are loc creșterea biologică, în timpul acestei etape producîndu-se o ultimă accelerație. Pubertatea, care marchează instalarea funcției reproductoare, este aspectul cel mai caracteristic al evoluției adolescentului. Dacă lipsește, dezvoltarea fizică și mentală este alterată; de asemenea într-o măsură mai mică, dacă ea se produce greșit, prea devreme sau prea tîrziu. Apariția la fete a primelor menstr, în jurul vîrstei de 12 ani, și prezența spermatozoizilor în lichidul seminal la băieți sînt semnele decisive ale unei maturări sexuale, pe care o subliniază, la rîndul lor, caracterile sexuale secundare: creșterea părului pubian și axilar, dezvoltarea sinilor și a bazinului la fete, schimbarea vocii la băieți etc. Mecanismul acestei maturări sexuale este foarte complex. Demonstrată de noi activități endocrine, mai ales genitală și hipofizară, pubertatea pare legată și de importante modificări ale sistemului neurovegetativ. Mai mult, ea este în corelație cu creșterea staturală. Lucrări recente arată că tinerii care au o maturitate sexuală precocă cresc devreme și rapid, în timp ce aceia cu o pubertate mai tardivă au o tendință de creștere mai puțin precocă, însă care se prelungește sensibil mai tîrziu. Această evoluția biologică normală poate prezenta și perturbări. Să menționăm numai însușirile importante de creștere, psihozele de evoluție, cu debut în adolescență, proastele reglări hormonale și maladiile glandulare care se traduc prin distrofii, pubertăți prea precoc etc. Ele tîin de competența medicului. Mai interesante pentru psiholog sînt cazurile în care este vorba de tulburări ușoare ale creșterii, care, datorită modificărilor foarte vîi pentru propriul corp la această vîrstă, influențează asupra conduitei subiectului.

Este oare evoluția adolescentului caracterizată tot atît de precis din punct de vedere psihologic pe cît este din punct de vedere fiziologic? Răspunsul nu este îndoielnic pentru nimeni atunci cînd este vorba de afectivitate. Sensibilitatea se îmbogățește la pubertate. Emoțiilor puternice și inițial confuze care însoțesc trezirea sexualității genitale li se suprapune o lume de sentimente noi, în care imaginația ocupă un loc considerabil.

Prietenia, pe de o parte, și dragostea care se naște, pe de altă parte, sînt două dintre sentimentele caracteristice acestei vîrste.

Afirmarea personalității adolescentului este un alt fapt esențial. Atunci cînd începe pubertatea copilăria se dezagregă, adolescentul descoperă valorile materiale și spirituale și încearcă să și le însușească. Valorile se intrucează în modele, în eroi fictivi sau persoane reale cărora ar vrea să le semene. El imită astfel modele succesive, care definesc idolul său de moment și în acest proces începe formarea personalității sale. Alterarea caracterului a fost de neamărate ori subliniată. Adolescentul devine neascultător, iar conduita lui mai instabilă. Eul, care se afirmă, intră frecvent în conflict cu ambianța, atrăgînd și o dezaprobară trecătoare. Această „criză de originalitate” nu este decît unul dintre modurile de afirmare, alături de altele, în care transformările sînt mai puțin violente și mai regulate; iar rîndul lor, maturitatea profesională și sexuală sînt atinse, urmînd itinerarii variate. Dealtfel, transformările nu încetează complet atunci cînd adolescența se îndepărtează. Vîrsta adultă nu posedă decît o aparentă stabilitate fiziologică și psihologică. Devoltarea îmbrățișează viața în întregime pînă la bătrînețe, cînd procesele de involuție se accentuează.

Dacă ar trebui să apreciem importanța adolescenței și să definim rolul ei în ansamblul vieții umane, am putea spune că are o funcție dublă: **de adaptare la mediu** (rolul societății adulte constînd în a favoriza o astfel de integrare, prin însușirea de către adolescent a unor deprinderi adecvate) și **de depășire**. Idealul tinereții este o sursă de progres moral și spiritual, o forță de șoc în fața imperfecțiunilor lumii pe care adolescentul o descoperă și pe care o judecă fără menajament. O preocupare pentru adaptarea cu orice preț poate duce la conformism sau, cel puțin, la conduite standardizate. O trebuință de depășire cu orice preț riscă să conducă la o opoziție fără ieșire. Trebuie deci menținut un anumit echilibru între aceste două funcții la fel de necesare și parțial antagoniste. În aceasta constă fără îndoială una dintre problemele majore ale educării adolescentului.

Principiile fiind stabilite, ce probleme practice are de rezolvat pedagogul în legătură cu adolescenții? Înainte de toate, el nu trebuie să se lase surprins de schimbările care se produc (aceasta presupune din partea sa cunoaștere, prezență de spirit și suplețe, pentru că, dacă se lasă depășit, riscă să-și piardă influența sau chiar să servească drept țintă pentru adolescenți). El trebuie să ia anumite precauții în vederea unei cît mai mari individualizări a educației. Acțiunea educativă depinde, mult mai mult decît la vîrstele precedente, și de diferențierile care se precizează între băieți și fete începînd de la pubertate, precum și de diversitatea caracterelor. În ceea ce privește conținutul educației, acesta implică educație sportivă (paralel cu creșterea fizică), educație sexuală la vîrsta pubertății,

orientare școlară și profesională, educație etico-morală și afirmarea caracterelor în funcție de dezvoltarea sentimentelor de autoafirmare.

Pentru a le rezolva, nu există o soluție unică, cu atît mai puțin soluții standard, dar educatorul nu trebuie să se lase obsedat de dificultățile pe care acestea le pot presupune. Observații psihologice îmbinate cu o simpatie cît mai activă față de elevii săi mai mari îl vor ajuta să le depășească. O atitudine comprehensivă este în acest moment mai necesar ca oricînd și ea implică, în același timp, bunăvoință și fermitate. Putem vedea, în aceasta, pe bună dreptate, un factor esențial al educației adolescenților, poate chiar cheia reușitei în educația lor.

Dr. Gheorghe LITINSCHI

DRAGOSTE ȘI RESPONSABILITATE



Între simțămintele umane dragostea ocupă un loc privilegiat. Ea însușește cele mai multe din actele omului, fiind considerată ca una dintre principalele căi de a dobîndi fericirea, plenitudinea. Afecțiunea pentru partenerul ales, pentru drumul în doi, atunci cînd este autentică, este durabilă, responsabilă și verificabilă prin fapte. Iată de ce

considerăm că viața intimă trebuie privită ca o parte inseparabilă a procesului general și integrativ de instrucție și educație al fiecărui tînăr. Și așa cum viața dovedește astăzi, mai mult ca oricînd, nici o acțiune umană nu trebuie întreprinsă fără a se evalua înainte toate consecințele care pot decurge din atitudini umane, cum sînt prietenia, dragostea sau întemeierea unei familii. Ele nu trebuie și nu pot fi lăsate la voia întîmplării. A fi prieten „la întîmplare”, a te îndrăgosti și a conviețui cu cine se nimește nu sînt caracteristici ale conduitei umane. Omului îi este specifică alegerea, selectarea dintr-un număr de alternative a ceea ce este convenabil firii și aspirațiilor sale, aminînd decizia pînă cînd datele realului tind să se apropie de idealul său valoric. Așa cum aprecia Mihail Ralea, „omul amină și refuză acele alternative și propuneri ale mediului ce nu convin condiției sale caracterizată prin inteligență și cumpătate.”

Educația relațiilor interpersonale nu se face separat de educația în genere, întrucît arta de a iubi nu este decît o parte a artei de a trăi. Paul Lengrand, expert în problemele educației, remarcă nu fără adevăr în una din scrie-

rile sale: „În nici o altă situație nu este nevoie de atita pregătire, de atitea eforturi inteligente și continue ca în iubire și în căsnicie. Nu rareori acestea sînt supuse improvizatiei și întîmplării, iar faptul că doi oameni se unesc prin căsătorie nu-i decît începutul!”

Exprimînd nevoia de comunicare și comuniune general umană, semnele iubirii apar devreme, în frumoșii ani ai adolescenței și chiar în plină pubertate. Uneori încep cu admirația, alteori cu prietenia și deseori cu simpla tovarășie școlară și grijile ce țin de activitatea desfășurată în comun.

Viața afectivă nu cunoaște întotdeauna o evoluție lină, calmă. Capacitatea tinerilor de a „masca” celorlalți bucuriile, dar mai ales sentimentele neîmpărtășite sau minimalizate poate induce în eroare pe cel mai autoritar părinte. Adesea acesta nu înțelege de ce fiul sau fiica lui visează cu ochii deschiși, și-a pierdut subit rîvnă la învățătură sau interesul pentru grupul de muncă și de joacă. Părinții și profesorii este necesar să se apropie de copii, să le cîștige încrederea pentru ca să le poată oferi la timp un sfat venit din dragoste, dar și din datoria de educator.

Nu rareori tinerele fete își făuresc un ideal standard în raport cu care îi compară pe cei din anturajul lor. Și nu rareori colegii de aceeași vîrstă sînt considerați din capul locului excluși la acest examen, criteriul vîrstă fiind deci eliminativ. Asemenea mentalități și atele la fel de limitative, împrumutate necritic din conduitele celor din jur, creează, ca și în alte registre ale comportamentului uman, lipsă de armonie și insatisfacție.

Unii tineri și mai puțin tineri leagă la întîmplare relații foarte apropiate, înainte de a se lămuri îndeajuns cine este persoana și ce teme se poate pune pe ea, ce idei și sentimente comune îi pot uni. Trecerea de la un partener la altul nu este doar condamnatibilă, ci absolut dăunătoare sănătății fizice și mintale a oricărui tînăr. Ea este sub raport medico-social la fel de nocivă ca și conviețuirea cu un partener lipsit de tandrețe, bunăvoință și solicitudine. Astfel de situații limitate sînt cu atît mai dificil de rezolvat cu cît în urma unor ani de conviețuire comună apar co-

pii, de a căror sănătate, dezvoltare și fericire răspund în egală măsură ambii părinți. Nici unul nu este mai puțin părinte decît celălalt, deci și responsabilitățile determinate de trebuințele copilului trebuie, de asemenea, împărțite pe din două încă mult înainte ca acesta să vină pe lume.

Responsabilitatea în iubire este frecvent confruntată cu următoarea dilemă, falsă dealtfel: cum poate fi întreținută o pasiune statornică pentru ca partenerii să nu renunțe cu totul la solitudinea lor? Căci prea adesea unele tinere fete „pierd” cite un admirator, deoarece nu înțeleg să facă — și bine fac — „sacrificiul suprem” pretins de „sentimentele” partenerului. A abandona studiile, munca sau propria persoană pentru a demonstra cit de „împărtășite” sînt sentimentele celui alt nu este dovada cea mai puternică a reciprocității în sentiment, jocul cu acestea dovedindu-se adesea a fi însăși jocul cu viața.

Frecvent se spune că a iubi înseamnă a cunoaște. De ce atunci întîlnim cupluri care, deși s-au iubit inflăcărât, au renunțat unul la altul la primele contrarietăți și minusuri ale celui alt? Ce s-a întîmplat de fapt? Ori nu s-au cunoscut de ajuns, deci nu au cunoscut decît anumite laturi ale caracterului celui alt cu care nu puteau fi în principiu de acord, ori, deși timpul rezervat cunoașterii părea suficient, cei doi au trecut cu vederea micile asperități. După căsătorie acestea capătă proporții ireconciliabile și conduc în unele cazuri la eșec matrimonial.

În primul caz cunoașterea este inoperantă. Tinerii nu s-au cunoscut, ci doar s-au identificat dintre ceilalți ca două entități distincte. Cunoașterea nu este un moment, ci un proces. Ea presupune desfășurare în timp, dar nu numai atît; ea înseamnă luciditate, adică atît cunoașterea însușirilor pozitive cît și a „minusurilor”, a „neajunsurilor” care caracterizează fiecare persoană umană. Decizia coabitării, anulînd intercunoașterea, constituie, după mărturia celor mai mulți lucrători în domeniul științelor juridice, cauza desfacerii precipitate a unor tinere căsnicii, la fel de rapid precum au fost încheiate. Cunoașterea este deci un parametru important al responsabilității față de viața

personală și față de familie. Dar reușita în viața de familie nu se oprește la cunoaștere. A cunoaște înseamnă și a accepta, între anumite limite, binele și răul din ființa și din conduita celui alt; presupune, totodată, a accepta și a ocroti binele, frumosul și a interveni corectiv, cu tact și cu răbdare, asupra defectelor din caracterul și comportarea celui alt. Într-un cuvînt, a-l educa!

Astăzi familia modernă s-a redus ca volum, dar calitatea relațiilor interpersonale dintre membrii ei s-a îmbunătățit și acest proces continuă în sensul democratizării acestora, al creșterii sociabilității, audienței și disponibilității reciproce. Autoritatea cîștigată de femeia care lucrează modifică esențial relațiile ierarhice din familia tradițională în care conduita dintre soți se baza pe raporturi prestabile, de aservire a femeii față de soț în baza unui sistem normativ inflexibil și inechitabil.

Viața și relațiile cuplului din zilele noastre au și ar trebui să aibă în toate cazurile un caracter deschis, plin de solicitudine întemeiate pe sinceritate deplină, pe încredere și pe prețuire reciprocă. Pasiunea cea mai puternică poate să se stingă dacă încrederea este minată de bănuială, suspiciune, dacă faptele și conduita celui alt par să confirme lipsa de sinceritate. Ușurința în legarea și dezlegarea relațiilor interpersonale este unul dintre testele majore ale simțămîntului de răspundere, încă insuficient constituit la unii tineri, derivînd adesea din modele pe care aceștia le preiau fără discernămint de la prieteni sau chiar din propria familie.

Pentru ca viața cuplului să dureze și mai ales să nu se deterioreze, pentru ca viața în doi să fie o sursă de satisfacții și împliniri este necesar ca însăși concepția celor doi tineri să se întregre în sistemul social de valori și, în același timp, să fie conștienți că fiecare om din jurul nostru are propria sa valoare, iar cel „ales” pentru o prietenie mai durabilă are însușiri în plus.

Din păcate, mai întîlnim unii tineri în prag de căsătorie, sau căsătorii, cu o puternică notă de egocentrism, de supraevaluare a propriei persoane. Această tendință creează o imagine falsă despre sine, devenind cu timpul un adevărat obstacol în buna în-

telegere a celor doi. Ca și prietenia, dragostea rămâne activă și la bine și la rău. Generozitatea, tandrețea și comuniunea de interese și aspirații sînt dimensiuni ce se păstrează și la cuplul matur și adesea se accentuează. Idolatria sufocantă a așa-ziselor mari pasiuni se dovedește a fi adesea dizolvantă pentru familie.

Copiii constituie nu numai suprema satisfacție a părinților, dar și piatra de încercare a solidarității care leagă soții în efortul comun de a face față tuturor solicitărilor profesiei, dar și menirii lor de părinți adevărați. Cu trecerea anilor, fiecare descifrează „codul” ființei celuilalt și învață (termenul este profund adevărat) ce-i place și ce-i displace celuilalt, evitînd contrarietatea și provocînd evenimentele dorite și apreciate în comun. Prietenia, buna dispoziție și bunăvoința sînt note distinctive ce caracterizează relațiile cuplurilor fericite, fie ele tinere sau mai puțin tinere, cu decenii de trai comun, cu multe amintiri comune și cu nostalgia întîmplărilor mai bune sau mai rele, estompate de trecerea anilor și reduse doar la starea de împrejurare din care și alții pot învăța.

Relațiile tensionale, iritarea continuă și transformarea partenerului într-o țintă permanentă de urmărit și criticat anihilează dragostea, înveninează viața de familie, o face de nesuportat atît pentru soți cît și pentru copii. Iritarea și nemulțumirea se transmit copiilor și rezultatele situației le putem vedea adesea în carnetul de note al acestora. Despărțirea părinților apare ca inevitabilă și adesea ea se produce atît în termeni juridici cît și psihologici. Consecința cea mai directă este abandonul copiilor, destinul lor școlar și social fiind lăsat la voia întîmplării, într-un moment în care ajutorul părinților este capital. Pensia alimentară nu poate suplini în nici un fel acest sprijin și nu este expresia responsabilității sociale, morale și părintești a mamei sau a tatălui.

În loc de concluzie putem spune că responsabilitate este una singură, fie față de profesie, fie față de familie, soție și copii, deoarece persoana umană este unitară, coerentă și organizată sistemic, sau așa ar trebui să fie în toate cazurile. Cum ne purtăm în familie ne purtăm și în

profesie sau în existența extra-profesională. Abandonarea propriilor copii este un test al curenței de demnitate și de moralitate. Să fim deci atenți și să nu uităm că „cine iubește și lasă” poate în orice moment recidiva. Ca toate celelalte conduite

umane, responsabilitatea față de viața de familie se învață încă din primii ani ai căsniciei și aceasta ține în mod esențial nu de ceea ce spunem, ci de ceea ce facem!

Lucia PIETRARU
psiholog

MIRACOLUL CELOR 280 DE ZILE



Familia presupune un cuplu care se bazează pe înțelegerea deplină între cei doi soți, trăinicia ei consolidîndu-se prin prezența copiilor. De aceea, apariția unei sarcini, deci a unui copil, trebuie să găsească un mediu prielnic pentru dezvoltarea lui fizică și psihică. Gravitatea creează în organismul matern o stare nouă, de echilibru, care îl obligă să se adapteze la condițiile nou create. Dar oricîte transformări survin în cursul gravidității, ele sînt fiziologice și femeia trebuie să le cunoască pentru a nu interpreta ca patologie ceea ce aparține normalului. În cursul sarcinii se mai remarcă uneori și o oarecare instabilitate psihică, așa-zisele repulsii pentru unele lucruri, reacțiile fiind contradictorii și strîns legate de sentimentele pe care le încearcă mama față de copilul ce se va naște. Aceasta explică de ce bucuria de a-l aduce pe

lume o face să treacă cu vederea greutățile, vărsăturile inerente primului trimestru de sarcină. Și nu întîmplător se observă la unele gravide o oarecare scădere a atenției, fiind preocupate în primul rînd de „miracolul” care se desăvîrșește în organismul ei. Pe de altă parte dispoziția mai depinde și de starea afectivă a soțului, de condițiile din mediul familial, înțelegere pe care trebuie s-o aibă în acest mediu fiind obligatorie pentru buna desfășurare a sarcinii.

Alături de aceste aspecte este bine să țină seama de cîteva sfaturi privind igiena, alimentația și comportamentul. Astfel, începînd din luna a II-a de sarcină gravida va menține o limită cantitativă în alimentație, așa încît să nu aibă loc o creștere excesivă în greutate. Alimentația științifică și echilibrată îi va garanta nașterea unui copil sănătos, cu o greutate normală, fe-

rind-o de riscul obezității, pe care mulți o pun pe seama sarcinii. Ceea ce nu trebuie să uite o gravidă în primele luni de sarcină este obligația de a se prezenta periodic la medicul specialist. Dacă prezintă unele tulburări cardio-respiratorii premergătoare sarcinii sau ivite în această perioadă va avea grijă să respecte cu strictețe prescripțiile medicului și legislația în vigoare care ocrotește viitoarea mamă. Cu excepția gravidelor cu risc obstetrical crescut, care beneficiază de asistență prenatală specială și condiții de muncă adecvate, fără noxe și factori stresanți, cele sănătoase trebuie să evite pe cât le stă în putere sedentarismul. Mersul pe jos, mișcarea în aer liber, ca și exercițiile de gimnastică contribuie la asigurarea unui fond somatico-psihic viguros necesar evoluției normale a sarcinii, nașterii și lehzuziei. Practicate în primele luni de sarcină, exercițiile fizice sînt menite să antreneze grupurile musculare cu rol important în desfășurarea nașterii, în adaptarea respirației și a circulației sanguine la condițiile de sarcină.

Mișcărilor active și pasive de flexie a gambelor pe coapse și a coapselor pe abdomen vor contribui la întărirea mușchilor abdominali. Mersul pe jos și urcarea scărilor în ultimul trimestru de sarcină vor pregăti pentru naștere mușchii centurii pelviene și pe cei perineali, așa încît efortul expulsiv și durerile din timpul contracțiilor uterine să devină foarte ușor percepute și destul de bine suportate.

Înconjurată cu dragoste și afecțiune de soț, respectată și ocrotită de colegii de muncă, viitoarea mamă trăiește o stare complet nouă. Psihicul se echilibrează, devine mai sigură pe ea, fericită la gîndul că va naște.

Puține viitoare mame știu că la sfîrșitul lunii a II-a embrionul ia o formă umană. Craniul foarte voluminos prezintă abia schițați ochii, nasul, urechile. La cealaltă extremitate apendicele caudal se atrofiază și apare schița organelor genitale. Cea mai mare parte a organelor interne se constituie tot în această perioadă, după care în luna următoare se diferențiază placenta, organ cu rol nutritiv, care face legătura între mamă și făt.

Placenta prezintă și o cavitate (punga amniotică) care se mărește treptat odată cu creșterea

embrionului, protejîndu-l, ca un fel de manta. Odată cu formarea placentei perioada embrionară ia sfîrșit. Începînd cu luna a IV-a și pînă la naștere, produsul de concepție poartă numele de fœtus (făt).

Cunoscînd aceste modificări ce se petrec în cursul primului trimestru de sarcină, femeile vor înțelege, sperăm, mai profund motivele pentru care medicii recomandă o atenție deosebită în această perioadă, cînd administrarea unor medicamente fără avizul specialistului este interzisă din cauza efectelor teratogene ale unora dintre ele.

Încă din luna a III-a schimbările de formă se asociază cu creșterea în lungime, se micșorează proporția capului în raport cu restul corpului și se conturează gîtul, organele auzului, ochii, se formează pleoapele, se dezvoltă membrele, apar unghiile și se diferențiază organele genitale externe. După luna a IV-a apar primele mișcări spontane ale fătului, iar pielea i se acoperă cu un păr fin „lanugo” și cu o substanță grăsoasă. În luna a VII-a apare părul. Ultimul trimestru de sarcină înseamnă perioada desăvîrșirii fătului, cînd acesta crește rapid în greutate și înălțime. Acum se dezvoltă rinichii și sistemul nervos.

În fiecare zi femeia trebuie să se pregătească psihic și fizic pentru momentul nașterii. Cu o lună înainte de naștere și chiar mai devreme, gravida va intra în concediul prenatal. Este foarte importantă această măsură de prevedere care va preîntîmpina orice risc. Obiceiul unor mame, mai ales ale celor mai tinere, care nu vor să respecte sfatul medicului, amînînd intrarea în concediul prenatal s-a dovedit nu de puține ori extrem de dăunător, atît pentru ele cit și pentru copil. Un organism obosit oricît ar fi de sănătos face mai greu față cerințelor impuse de actul nașterii.

Cu încredere, cu răbdare, cu nesfîrșită dragoste față de viața nouă ce se-nfiripă în ființa ei, gravida va reuși să traverseze cu bine acest moment unic care este actul nașterii. Primul strigăt al nou-născutului va smulge de pe chipul ei răvășit de dureri primul zîmbet de fericire. Ceea ce urmează este viața — un miracol tulburător la a cărui zămislire a contribuit cu toată ființa timp de 280 de zile.

Dr. Doina NIȚULESCU
Dispensarul policlinic
„Al. Sahia”



SÎNTEȚI O FEMEIE SĂNĂTOASĂ?

Prezență statornică, de neînlocuit în tot ceea ce înseamnă fericirea și împlinirea vieții de fiecare zi, intruchipind ea însăși grija ocrotitoare, tandrețea și fecunditatea, femeia este ființa care veghează clipă de clipă ca toți cei din jurul ei să se bucure de o stare de sănătate perfectă. Ceea ce uită din păcate de cele mai multe ori este grija față de propria ei sănătate. Nu rareori mamele grăbite să-și vadă copiii, familia, renunță să rămână la consultațiile ce se fac periodic la dispensarele de întreprindere, considerând minutele afectate dialogului cu medicul specialist ginecolog o pierdere de vreme. Mai grav este faptul că mai există femei care refuză să meargă la medic, chiar dacă există semne evidente de suferință. Neglijând prezentarea la consult la primele manifestări de boală ele își amină sau chiar își diminuează considerabil șansele de vindecare.

Necesitatea respectării riguroase a obligativității controlului periodic o dată la 6 luni în cadrul dispensarelor de întreprindere sau de cartier, în unități sanitare speciale, importanța urmăririi corecte a tratamentului indicat, semnificația deslășurării unei vieți raționale, normale, iată aspecte la care au fost invitați să se refere un grup de specialiști ginecologi din Capitală.

Sperăm ca informațiile pe care fiecare cititoare le va dobândi în cunoașterea celor mai frecvente boli ale sferei genitale, și îndeosebi a semnelor de debut ale acestora, să le fie de un real folos, stimulându-le, în interesul sănătății lor, să se prezinte în timp util la controlul de specialitate.

DEREGLĂRIILE DE CICLU

Fenomen esențial și capital al perioadei de maturitate sexuală a femeii, menstra survine perio-

dic la un interval de 28—30 de zile. Ea poate fi dereglată (cantitativ, calitativ, ritmic, de durată) de anumiți factori și impune solicitarea medicului ginecolog. Fiind un fenomen fiziologic, datorită acțiunii sincrone legate de centrul nervos central, de lobul anterior hipofizar, ovar, mucoasa uterină și de sistemul neurovegetativ, orice tulburare survine la unul dintre aceste niveluri trebuie tratată cu mare atenție. Tulburarea unei verigi din acest lanț sau din elementele lui în anumite condiții (care să țină de cauze psihice, metabolice, endocrine, meteorologice etc.) va produce dereglări organice și funcționale traduse prin apariția de așa-numite **menstruații prin exces, prin insuficiență, dureroase, prin absență** (mai mare sau mai mică ca interval) și care trebuie semnalate imediat. Ele constituie răspunsul la dereglările scoarței cerebrale și a sistemului diencefalic care este deosebit de complex, punând în situații dificile de interpretare chiar și medicul ginecolog. În prezent se cunoaște că mecanismul declanșator al menstruației este rezultatul interdependenței a doi factori: unul general (neurohormonal), celălalt local (tisular, histologic, vascular, circulator), primul fiind preponderent.

Cercetările au relevat diverse tulburări de menstruație la femeile cu o suprasolicitare a sistemului nervos central. Mai sînt și alte cauze, printre care semnalăm **leziunile organice aparente** (fibroame uterine, chisturi de ovar, polipi cervicali, cancer uterin, sarcină incipientă), care pot fi evidențiate prin examene minuțioase și multilaterale, **leziunile organice neaparente** (cancerul colului uterin în fazele incipiente), tuberculoză genitală, polipi intrauterini, leziuni cortico-subcortice), tulburările funcționale de origine infecțioasă, precum și cele funcționale de origine net neurohormonală.

Dereglările menstruale pot fi

prin **insuficiență (hipomenoreea)**, rare (**oligoamenoreea**) și prin **absența completă a menstruației (amenoreea)**. Aici se încadrează și menstruațiile excesive ca durată (**hipermenoreea**) și abundență (**menoragii**), cele care apar la intervale mici (**polimenoreele**) și cele prelungite, care revin la interval de numai câteva zile (**tahimenoreea**). Din ultima categorie fac parte menstruațiile dureroase (**algomenoreele**). Uneori durerea apare la mijlocul intervalului (**criza intermenstruală**) fiind legată de ovulație. Aceste tulburări se instalează odată cu primele menstruații, în urma unor leziuni organice supraadugate sau a unor tulburări recente. Important de reținut este că ele nu trebuie neglijate, solicitîndu-se din vreme consultul medicului specialist ginecolog, care va depista cauza și va institui tratamentul corespunzător.

Dr. Gilda LEPAȚU
Spitalul clinic
„Dr. I. Cantacuzino”

DISPLAZIILE COLULUI

De cele mai multe ori apariția displaziilor poate fi pusă în legătură cu traumatisme fizice, procese inflamatorii asociate cu necroze ale mucoasei sau cu stimuli endocrini patologici, care acționează asupra colului uterin.

Modul cum evoluează afecțiunea este variat, uneori putînd regresa pînă la vindecare, atunci cînd factorul care a determinat reacția displazică a dispărut. Alteori leziunea se agravează și în timp de cîțiva ani se ajunge la apariția unui cancer intraepitelial sau invaziv. Se precizează că o treime din cazurile simple se transformă într-un interval de 1—6 ani în displazii agravate, iar două treimi dintre acestea evoluează în curs de 4—5 ani în cancer.

Iată de ce atitudinea corectă a femeii este prezentarea la controlul periodic, mai ales cînd medicul a semnalat displazia, chiar dacă aceasta a dispărut. Orice leziune precanceroasă, chiar dacă nu înseamnă obliga-toriu transformarea ei în cancer,

atrage atenția asupra unui posibil pericol și obligă la vigilență crescută pe fiecare femeie, comportament ce se manifestă prin prezentarea de urgență la medic, modalitate de depistare precoce și de tratare corectă a acestor leziuni.

Depistarea precoce îi privește pe medici, dar mai ales pe femei, care trebuie să se adreseze ginecologului ori de câte ori se produce „ceva” care îi atrage atenția. Colaborarea între pacientă și ginecolog își găsește expresia în adresabilitatea cu care aceasta vine să se plângă de acel „ceva”. Ceea ce o deranjează poate fi: o mică suprafață neregulată sau granulată (depistată în timpul toaletei vaginale), o mică sîngerare după un contact sexual, o secreție sanguinolentă ce persistă după menstră, faptul că contactele sexuale sînt dureroase, vechi eroziuni sau inflamații semnalate de medic neglijate sau ignorate de femeie. Toate aceste „presemnale de alarmă” impun prezentarea de urgență la cabinetul ginecologic și efectuarea investigațiilor necesare.

Examenul citologic este ușor de executat, colul fiind un organ „care se arată”. În practică, faptul că există o filiație posibilă între displazie și evoluția spre un cancer intraepitelial sau invaziv are o deosebită valoare, argumentînd necesitatea de a se persevera în acțiunile de depistare în masă a stărilor lezionale ale colului uterin.

Diagnosticul acestei maladii se realizează cu ani în urmă doar prin examenul clinic, în stare să „descopere” leziunile evidente (în cel mai fericit caz stadiul I clinic). Azi, prin utilizarea în afara examenului clinic (care își păstrează în continuare o deplină valoare, a mijloacelor tot mai perfecționate de investigare a colului uterin (colposcopia, colpomicroscopia, examenul citologic Babeș-Papanicolau, tehnicile noi de biopsie), depistarea poate fi făcută mult mai precoce. Uneori însă, cu toată intensă propagandă sanitară, variată și minuțios concepută, ginecologul se lovește de o rezistență neașteptată și inexplicabilă din partea unor femei, invocîndu-se pentru neacceptarea examenului ginecologic lipsa de timp, diverse probleme familiale, un simț de pudoare greșit înțeles. Din fericire

însă, de cele mai multe ori din lupta cu aceste prejudecăți iese învingător medicul. Cînd neobositele sale insistențe duc în final la explorarea și rezolvarea favorabilă a cazului, acesta poate avea conștiința datoriei împlinite.

Dr. Doina NIȚULESCU
Dispensarul policlinic
„Al. Sahia”

FIBROMUL UTERIN

Tumoare benignă, care se formează din elemente ale mușchiului uterin, fibromul ocupă un loc deosebit în cadrul patologiei acestuia, prin frecvența și vîrsta relativ tină la care apare, în plină perioadă de activitate genitală. Dacă între 20 și 30 de ani se notează o frecvență de 2—3 la sută, după 55 de ani la o femeie din cinci se dezvoltă un fibrom uterin. Frecvența este crescută la cele care nu au copii. Cauzele apariției fibromului uterin au fost mult discutate, conțurîndu-se mai multe teorii, fiecare încercînd să reliefeze factorii determinanți în geneza acestuia.

Teoriei hormonale i se acordă azi cel mai mare credit, datorită rolului predominant al ovarului și al hiperfolliculinemiei. Dovezile clinice sînt reprezentate de apariția și dezvoltarea fibroamelor în timpul activității genitale și oprirea creșterii lor la menopauză, după castrare chirurgicală, ca și după tratamente intempestive cu estrogeni. Ca factori complementari pot interveni tulburările statice uterine (retroverse), vasculare, metabolice, inflamatiile, endometrioza, precum și factorii din mediul extern.

Fibroamele pot fi **unice** sau **multiple** (polifibromatoză), de mărime variabilă (de la cele cu diametrul de 1 cm, pînă la cele gigant care ajung pînă la ombilic). Ele își modifică mărimea în timpul vieții genitale (regresează la menopauză), în gravitate (cresc în timpul sarcinii și se micșorează în lehuție) și în timpul ciclului menstrual (mai mari înainte de apariție). Localizarea lor poate fi la nivelul colului și istmului, dar frecvența cea mai

mare se întîlnește la nivelul uterului, unde sînt așezate atît sub seroasa peritoneală (tumori subseroase), cît și sub endometru (tumori submucoase). Evoluția fibromului, uneori chiar a celui voluminos, poate trece neobservată, prezența lui fiind descoperită adesea în timpul unui examen ginecologic periodic.

Simptomul principal, deși inconstant, al bolii este hemoragia uterină. Menstrele sînt abundente, fără cheaguri, prelungite sau apropiate una de alta. Acestea nu sînt în legătură cu dimensiunile tumorii, ci mai ales cu localizarea ei. Se observă, de asemenea, o abundență a scurgerilor leucoreice înainte de menstră. **Durerea** este inconstantă, necaracteristică și apare în tumorile mari care determină compresii nervoase și stază circulatorie sau în fibroamele complicate prin răsucire, infecție și necrozare. În general apare o senzație de greutate sau de apăsare în pelvis, accentuată premenstrual sau după o perioadă de oboseală. Simptomele asociate apar prin compresia organelor (vezică urinară, uretră, rect). Maladia poate cauza totodată creșterea în greutate și retenția hidrosalină, precum și tulburări cardiovasculare cu anemie, tromboză, embolii. Evoluția este lentă și bine suportată, vîrsta critică fiind între 40 și 50 de ani, cînd tulburările hemoragice sînt mai accentuate după menopauză, ele evoluînd prin transformarea țesutului miomatos în țesut fibros. Între complicațiile locale menționăm și hemoragia prin tulburări hormonale (externă sau internă), în funcție de sediul fibromului, care produce anemie secundară. Cele ivite prin lovire sau apăsare, cele uretrale, vezicale, rectale, venoase sau prin torsiunea unui fibrom pediculat sau a uterului polifibromatos pot duce la accidente grave.

Fibromul este de regulă benign, iar infecția poate duce la sterilitate. Complicațiile netratate la timp sînt reprezentate de anemie, tromboflebite, tulburări genitale (sterilitate, endometrite, anexite, pelvipertonite), digestive (ocluzie intestinală, colite, diaree), urinare (retenție de urină, cistită cronică, hidronefroză) etc.

În timpul sarcinii volumul fibromului crește și se poate in-

fecta. El poate provoca sarcină extrauterină, avort, iar la sarcinile avansate — naștere prematură, placenta praevia, distocia de prezentație.

Tratamentul ridică numeroase probleme prin diversitatea formelor pe care le prezintă și prin complicațiile care pot apare. În afara prescripțiilor igienico-dietetice (evitarea congestiei pelviene, repaus intramenstrual, cure balneare decongestionante) și a tratamentului simptomatic, soluția de bază în fibromul uterin este rezolvarea chirurgicală. Calea de abordare chirurgicală se adoptă în funcție de topografia fibromului, leziunile asociate de starea generală și vârsta bolnavei.

Cînd femeia se prezintă la medic și operația se face corect afecțiunea se rezolvă în general favorabil.

Fibromatoza uterină este o tumoră benignă care depistată precoce prin examen ginecologic periodic și corect dispensarizată evită apariția complicațiilor și permite aplicarea unei terapii adecvate în timp optim, reușindu-se păstrarea funcționalității în deplina stare de sănătate a aparatului genital feminin.

Dr. Marilena ANECHITOAI
Spitalul clinic „Polizu”

DERMATOLOGIE GENITALĂ

În acest capitol intră **eczemele** (intertrigourile), care se produc fie în regiunea vulvară, fie în pliurile inguinoscrotale, și pot avea drept cauze unele substanțe medicamentoase ce predispun la alergii sau diverse substanțe chimice. Alteori însă vina o poartă **candidozele vulvo-vaginale** (care se manifestă printr-o leucoree însoțită de prurit accentuat), constituind o cauză frecventă a acestor eczeme, ulterior leziunile eczematoase complicându-se cu foliculite. Un rol important în declanșarea candidozei vulvo-vaginale îl are diabetul, care favorizează trecerea *Candidae albicans* din stare de latență normală în stare patogenă virulentă, precum și obezitatea.

O altă afecțiune creditată ca

„banală”, dar foarte supărătoare prin caracterul adesea recidivant (uneori apare chiar lunar odată cu ciclul menstrual), este și **herpesul genital**, provocat de virusul herpetic tip 2. Se instalează relativ rapid, precedat de mâncărimi, furișături sau înțepături, după care în 24—28 de ore apare erupția de vezicule grupate în buchet; acestea nu întârzie să se ulcereze, vindecîndu-se în 7—14 zile chiar fără tratament, pentru a re izbucni după o perioadă variabilă de liniște. Nu trebuie uitat că herpesul genital poate fi transmis.

Din fericire mai rare sînt **afecțiunile genitale**, adesea asociate cu cele bucale. Sînt ulceratii nu atît întinse cît adînci și, spre deosebire de herpes, dureroase. Se pot succede unele după altele luni și uneori ani de zile, complicîndu-se de multe ori cu infecții microbiene și devenind ulceratii cronice.

La nivelul pliurilor mucoasei vaginale pot apare uneori, cu predilecție la adolescente și femei tinere, sub forma unor excrescențe roz-roșii, condiloamele acumulate sau vegetațiile. Acestea se ivesc spontan, adesea în cursul sarcinii, alteori prin contagiune veneriană sau sînt urmarea unei igiene locale deficitare. Din păcate, pudoarea aduce tardiv tinerele femei la consultație cînd leziunile au devenit exuberante, tumorale, trenante, urt mirositoare. Fiind de natură virală, aceste afecțiuni sînt foarte contagioase la persoane predispușe — receptiv.

Pruritul genital nu reprezintă propriu-zis o afecțiune cu leziuni proprii, ci un simptom ce apare fără o cauză locală evidentă, constituind pruritul vulvar simplu, probabil de origine hormonală sau psihogenă, sau însoțește leziuni ale unor afecțiuni vulvare mai serioase. Acestea ar fi leucoreele de diverse cauze și eczemele (intertrigourile).

Femeile de toate vîrstele, mai rar fetele, pot prezenta uneori o dermatoză distrofică denumită **lichenul scleroatrofic**. Se manifestă sub formă de mici pete sau plăci alb-cenușii ce se întind pe mucoasa vulvară și pe pielea vecină, cu aspect plisabil, pergamentos. Leziunile se extind adesea spre coapse și mai ales spre anus. Sînt însoțite înconștant de mâncărimi și se pot complica la femei vîrstnice cu leucoplazie.

Tot o afecțiune distrofică este

kraurosul vulvar, care apare de regulă după menopauză. Toate componentele regiunii vulvare suferă lent și progresiv o involuție pînă la dispariția reliefurilor. Mucoasa se infiltrează, se îndurează, devine lucioasă și neplăsimilă; substratul causal al maladiei îl constituie modificările hormonale postmenopauzale.

O afecțiune relativ frecvent întâlnită la nivelul mucoasei vulvare a femeilor vîrstnice este și **leucoplazia**. Se manifestă sub forma unor plăci alb-lăptoase de diferite dimensiuni, bine conturate, cu aspect de pînză întinsă care cuprinde de jur-împrejur orificiul vaginal. Într-un stadiu tardiv devine aspră, rugoasă, se ulcerează și se mărește constituind stadiul premergător transformării maligne. Apare mai rar pe mucoasa sănătoasă, fiind cel mai frecvent o complicație a unui kraurosis sau lichen scleroatrofic vulvar (anunțat prin instalarea mâncărilor rebelate la tratamentele uzuale).

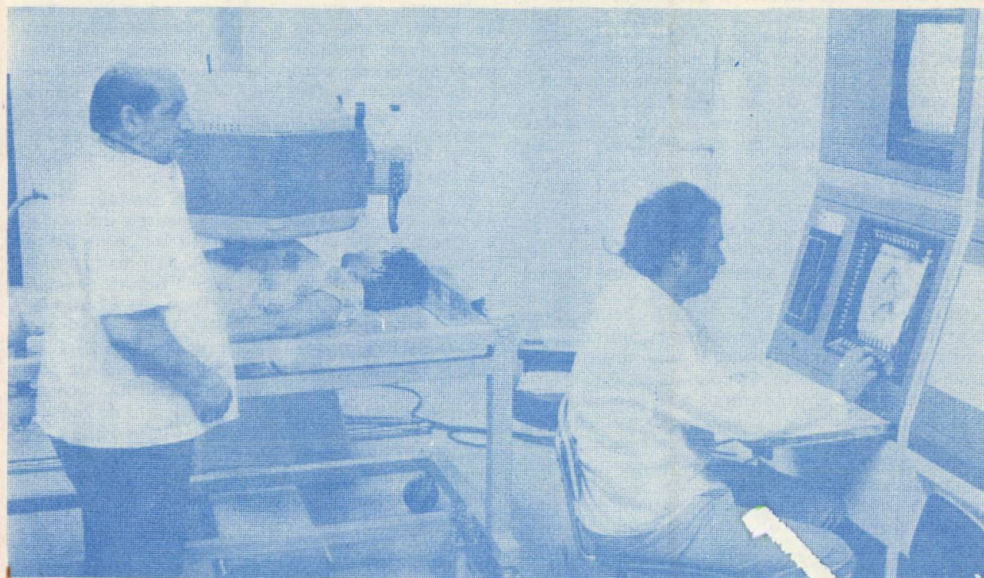
De reținut, așadar, că în cazul oricărei leziuni, chiar aparent cea mai banală, dar mai ales în prezența unui prurit rebel și persistent, femeia trebuie să renunțe la pudoare și frică și să se prezinte de urgență la medicul dermatolog. Orice tratament empiric sau neadecvat poate fi agravant sau în cel mai fericit caz poate temporiza afecțiunea, cu remisiuni aparente, înșelătoare, care duc în final la complicații nedorite.

Prof. dr. Al. DIMITRESCU
Clinica II dermatologie
Spitalul „Berceni”

ÎN CITEVA RÎNDURI

● **O tehnică nouă de apindectomie**, realizată de doi ginecologi vest-germani — prof. dr. Kurt Semm și dr. Jörg Schreiber — nu lasă la femei decît o minusculă cicatrice, ascunsă de cavitatea ombilicală. Apendicele nu se mai extrage printr-o incizie, ci printr-o intervenție similară cu cea pentru endoscopie. Incizia, de cîțiva milimetri, se lărgeste în timpul operației și apoi se contractă, ceea ce contribuie la reducerea riscului formării aderențelor și a aspectului inestetic. ● **Sterilitatea feminină de origine hormonală** poate fi combătută, afirmă un grup de specialiști de la Academia de medicină din Sofia, cu un aparat electronic ce emite unde ce stimulează hipotalamusul, regiune din creier care controlează funcțiile tuturor glandelor endocrine.

VIGILENȚĂ ONCOLOGICĂ



În decorul în general sumbru, creat de cele aproximativ 250 000 de femei care încetează din viață anual pe glob datorită cancerului de sân, apar și puncte luminoase: foarte multe dintre bolnavele tratate s-au vindecat. Dar frica față de această maladie, generată de necunoaștere, determină pe 50 la sută dintre suferinde să nu se adreseze la timp medicului. De ce? Pentru că nu cunosc adevărul despre posibilitățile actuale de prevenire și combatere a cancerului de sân. De aceea, ne propunem să oferim cititoarelor răspunsuri la întrebările care ni se adresează cel mai des: există o anumită repartitie geografică a bolii și o categorie de femei mai expuse la cancerul de sân? Care sînt factorii de risc și semnele lor de început? Ce poate face fiecare femeie pentru a preveni boala și cînd trebuie să se prezinte la medic? Ce mijloace moderne de diagnostic și tratament stau la dispoziția oncologilor? Care sînt posibilitățile de reintegrare socială a bolnavelor?

Între diferitele populații de pe glob există variații foarte mari în ceea ce privește mortalitatea datorită cancerului mamar — de la 25—26 de decese la 100 000 de femei în Scoția, Anglia și Israel, la 4 decese în Japonia — fapt ce relevă probabilitatea unei dispoziții genetice speciale a femeilor din anumite țări față de această afecțiune. Teoria este relativ infirmată în urma constatării procentului crescut de cancer la femeile japoneze în condițiile în care de mai multe generații locuiesc în altă regiune a globului. S-a acceptat în schimb posibilitatea unei corelații între apariția mai frecventă a cancerului și modul de viață, obiceiuri, regim igienico-dietetic, vîrstă, căsătorie, sarcină, nașteri și alăptare.

Ideea tendinței generale a creșterii incidenței cancerului mamar odată cu vîrstă este unanim admisă. De exemplu, în țara noastră 90 la sută dintre bolnave sînt între 40 și 70 de ani, „vîrfurile”, plasate între 40 și 55 de ani atrăgînd atenția asupra unei posibile relații cu menopauza, consecutivă decii modificărilor ovariene survenite în această perioadă. Mai mult, unii oncologi au semnalat ris-

cul de două ori mai mare de îmbolnăvire la femeile cu o menopauză tardivă (după 55 de ani), ceea ce a condus la ideea că încetarea activității ovariene ca urmare a unei intervenții chirurgicale ar constitui un factor protector față de cancerul mamar. Cu aceeași semnificație ar trebui să reținem și faptul că boala este mai frecvent întâlnită la femeile necăsătorite, la cele căsătorite, dar fără copii, și la cele care nu și-au alăptat copiii. Studii mai recente au confirmat și completat observațiile de mai sus, care datează de la mijlocul secolului trecut, concluzionînd că femeile care au născut primul copil la peste 35 de ani prezintă riscul de a se îmbolnăvi de cancer mamar de 3 ori mai frecvent decît femeile care l-au născut înainte de 20 de ani; de asemenea avorturile măresc riscul de îmbolnăvire. Aceste observații subliniază rolul hotărîtor al factorilor hormonalini în producerea cancerului mamar și, în general, în patologia sînilui. Se pare chiar că evenimentele hotărîtoare în dezvoltarea ulterioară a cancerului mamar se produc în primii ani de pubertate. Prezentarea la ginecolog de la instalarea pubertății, din preadolescență

și adolescență are o deosebită importanță, iar tratamentul la timp al afecțiunilor endocrine, cu răsunet în sfera genito-mamară, este obligatoriu. Aceeași atenție trebuie acordată tulburărilor de ciclu, durerilor menstruale și congestiei sînilor la orice vîrstă, nu în sensul corelării dureri — cancer —, ci în scopul depistării la timp a unor modificări hormonale care după ani sau decenii ar putea juca un rol hotărîtor în geneza cancerului.

Se vorbește mult despre rolul factorilor genetici — familiali, pornindu-se de la constatarea aglomerării unor cazuri de cancer mamar în anumite familii, pe baza unor numeroase statistici din care rezultă că rudele de gradul I și II ale bolnavelor de cancer manifestă un risc mai mare de 2—3 ori de îmbolnăvire față de restul populației. O anumită semnificație privind rolul „terenului” favorizant o sugerează și observația că femeia care a avut cancer la un sîn prezintă un risc de 7 ori mai crescut să-l facă și la sînul celălalt. Enumerarea factorilor incriminați în depistarea riscului crescut față de cancerul mamar poate fi continuată, studii numeroase referindu-se la rolul greutateii, înălțimii, alimentației, hipertensiunii arteriale, diabetului și obezității în apariția cancerului mamar. Pînă în prezent nu se poate preciza însă relația dintre cauză-efect. Deși afirmațiile rămîn în domeniul ipotezelor, contribuie incontestabil la depistarea precoce a bolii, toate acțiunile program de screening adresîndu-se prioritar femeilor din categoriile cu risc crescut enunțate mai sus.

Singura modalitate de a scădea în prezent mortalitatea prin cancer mamar o reprezintă depistarea precoce a bolii în faza incipientă, respectiv descoperirea tumorii cînd are diametrul sub 1 cm. Examinarea periodică a sînilor de către un medic ar constitui metoda cea mai corectă, dar este practic imposibilă, dat fiind consumul mare de timp necesar atît femeilor pentru a se prezenta la control, cît și medicului. Celelalte metode de diagnostic (mamografia, xerografia, termografia, echografia) nu pot fi aplicate la un mare număr de persoane. De aceea, cea mai simplă, eficientă și economică metodă rămîne autoexaminarea. Intrucît datele statistice arată că în peste 80 la sută din cazuri tumora este depistată accidental de femeia însăși, dar de cele mai multe ori atunci cînd a depășit dimensiunea din faza incipientă s-a ajuns la ideea antrenării femeilor în acțiunea de depistare, palpîndu-și periodic (o dată pe lună) și sistematic ambii sîni.

Cum se face autoexaminarea sînilor? Sînt cerceți cu atenție în oglindă, din față și din profil, observîndu-se dacă nu există diferențe de relief, noduli, încrețituri ale pielii într-o zonă limitată, înfundarea mamelonului, cruste, un sîn mai mare decît celălalt. Palparea propriu-zisă se face pentru fiecare sîn cu mîna opusă acestuia, începînd de la mamelon — ora 12 — spre marginea lui în sensul mersului acelor de ceasornic. Se folosește întreaga suprafață a degetelor (nu virfurile), atîngîndu-se fin țesuturile și examinîndu-se zonă după zonă, sistematic, ordonat, complet. Dacă sînul este mai mare, se susține ușor cu mîna de pe partea lui, iar cu cealaltă mîna se palpează, corpul fiind ușor aplicat înainte; după ce a fost palpat în întregime, cu atenție, se examinează axila; apoi se execută o ușoară presiune în jurul mameloanelor, pentru a

se obține o eventuală secreție neobservată pînă atunci.

Controlul medical se impune imediat în toate cazurile în care se observă: secreție mamară, indiferent de caracterul ei (opalescent, purulent, sanguinolent), un singur nodul sau un conglomerat de noduli la unul sau la ambii sîni, încrețituri sau retracții ale pielii, ulceratii sau cruste mamelonnare, pierderea conturului regulat al sînului. Existența acestor semne, deși nu reprezintă semne neapărat cancer, prin confruntarea sistematică a examenului clinic cu examenul radiologic, citologic și biopsic, cînd este nevoie, permite precizarea diagnosticului.

Se poate trata cancerul mamar? Desigur. Altfel nu s-ar depune atîtea eforturi pentru depistarea lui precoce. Modalitățile terapeutice (chirurgicale, radioterapice, chimioterapice) recomandate în acest cancer sînt determinate de natura tumorii, stadiul bolii, localizare, starea generală a bolnavei, astfel încît tratamentul nu se va stabili de un singur specialist, ci de un colectiv de specialiști, căruia îi revine sarcina să aleagă schema ideală pentru fiecare bolnavă. Odată stabilită această schemă, aplicarea ei rămîne o obligație de îndeplinit pentru pacientă. De aceea, insistăm asupra importanței pregătirii psihologice a bolnavei în urma stabilirii diagnosticului, pentru a descoperi, menține și susține un crez, din fericiire existent în fiecare om — speranța vindecării. În fața realității obiective, care demonstrează posibilitatea de a lupta împotriva cancerului, trebuie să nu se uite o a treia dimensiune a luptei anticanceroase, readaptarea bolnavei, care include recuperarea funcțională, reinserția profesională și socială, respectiv revenirea la fostul loc de muncă, femeia bucurîndu-se de aceeași afecțiune în familie și de același credit profesional la locul de muncă.

Conf. dr. Maria MÎNDRU

AUTOEXAMENUL SÎNILOR

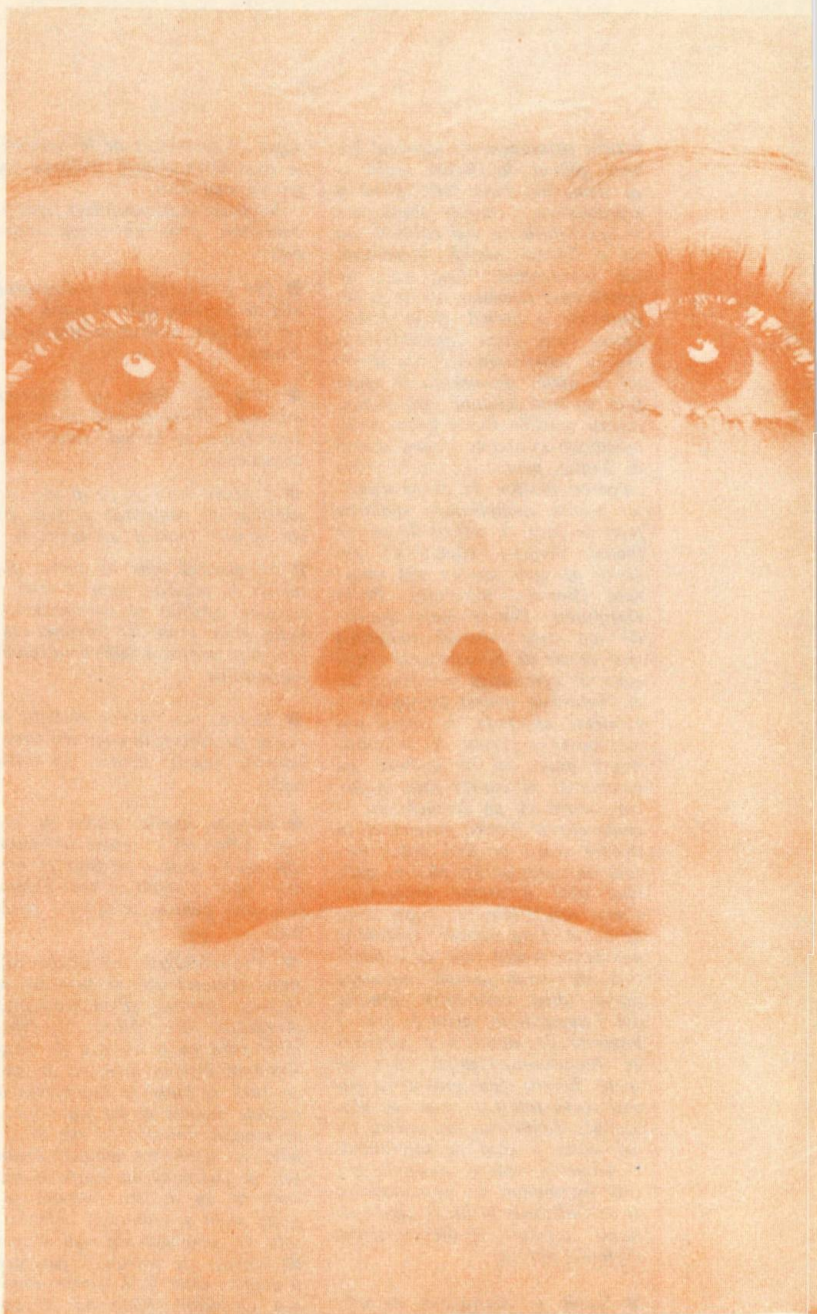


A FI FRUMOASA= A TE ÎNGRIJI

„Nu sînt femei urite, sînt doar femei care nu se cunosc”; „Femeia la 20 de ani are figura pe care i-a dăruit-o natura, la 30 de ani are figura pe care i-a modelat-o viața, iar la 50 de ani figura pe care o merită” susțin esteticienii. Sînt maxime întemeiate pe adevărul că fiecare femeie are ceva frumos; chiar dacă nu este o frumusețe, căci e un ideal, depinde doar de ea să-și pună în evidență acel ceva, „să se descopere”.

A fi frumoasă nu înseamnă în nici un caz a avea o cantitate apreciabilă de fard pe față, iar dimineața să pleci de acasă cît mai colorată posibil. Acneea acoperită de fard iese și mai mult în evidență, la fel și ridurile. Puțină culoare acolo unde și cît trebuie, corectarea unor defecte lăsate de natură, sau dobîndite, cunoașterea perfectă a tipului de ten și folosirea corectă a produselor cosmetice, păstrarea igienei pielii și a corpului contribuie la schimbarea în bine a aspectului general.

Există o relație directă între anotimp și aspectul pielii; în funcție de anotimp pielea își schimbă aspectul din cauza unor modificări organice, metabolice sau a factorilor externi. Se impune precizarea că ritmul sezonelor nu influențează negativ toate persoanele, iar la acelea la care influențele apar, modificările metabolismului cutanat sînt extrem de diverse, prin apariția la nivelul pielii a unor „incidente” inestetice.



Cosmetică

Dacă primăvara se înregistrează o criză hormonală cu o supraactivitate endocrină, ea se ameliorează în timpul verii, multe imperfecțiuni de ordin estetic estompîndu-se sau chiar dispărînd pentru ca să reapară toamna. Dar oricum, indiferent de sezon, există cîteva elemente esențiale care concură la păstrarea aspectului general plăcut. Pentru a be-

neficia permanent de aspectul general plăcut, în fiecare seară se va demachia bine fața, gîtul și decolteul cu o emulsie, după care se spală fața cu apă caldă sau cu o loțiune tonică, hidratantă sau astringentă, după caz. Se aplică apoi tenurilor uscate și devitalizate o cremă grasă hrănitore, care, după aproximativ o oră, se îndepărtează cu un șervețel de hirtie. Dimineața se spală fața cu apă caldă fără săpun, pentru tenurile foarte grase recomandându-se apă cu puțină zeamă de lămie, pentru degresare și închiderea porilor. În cazul tenurilor uscate, deshidratate, spălarea feței se face cu infuzii de plante (nalbă, mușetel, albastrele), din tărîțe de grâu sau cu apă minerală (Borsec, Biborțeni, Perla Harghitei). Pentru toate tipurile de ten este indicată aplicarea unei creme de zi hidratante, după care se efectuează machiajul de zi. Folosirea pudrei presupune 3 elemente esențiale: se aplică numai peste o cremă de zi hidratantă; pudra să fie pulbere, nu compactă; se curăță fața în fiecare seară cu un demachiant. Și acum cîteva sfaturi: pulverizați în fiecare seară pe față apă minerală sau infuzii de plante, aplicînd apoi o cremă hrănitore. Consumați zilnic cel puțin 2 kg de lichid. Fața perfect curățată și umedă se freacă bine cu o bucată de vată umedă înmuiată într-o faină cosmetică formată din 3 lingurițe de tărîțe de grâu, 3 lingurițe de mălai și o linguriță de bicarbonat, după care se spală. Pentru tenul gras acest gomaș se va folosi de 3 ori pe săptămînă, dimineața, iar pentru tenul uscat o dată pe săptămînă.

Avînd în vedere mulțiplici factori incriminați în deshidratarea și devitalizarea pielii, în „îmbătrînirea” tenului, vă oferim cîteva „rețete” practice:

● Sucul de castravete, datorită apei și sulfului pe care-l conține, contribuie la tonifierea și hidratarea pielii. Aplicarea unei măști preparate din 2 lingurițe de suc de castravete, o linguriță de smîntînă, o linguriță de decoct de ceai Ceylon, puțin albuș spumă și o linguriță de apă de trandafiri redă frăgezimea tenului. De asemenea, un bun tonic este masca formată din 1/4 pahar de apă de trandafiri, 1/4 pahar suc de castravete, 20 de picături suc de lămie, o lingură de alcool, care

după 20 de minute de la aplicare se îndepărtează prin spălarea feței cu apă rece.

Supleșea și prospețimea feței le dobîndim prin aplicarea unor măști:

● 100 g de căpsuni, o linguriță ulei de migdale dulci și puțin cartof crud ras; se lasă pe față 30 de minute.

● 50 g de fragi, o linguriță miere de albine; se lasă 30 de minute (porii se închid, ridurile se atenuează).

● 3 prune roșii și puțin ulei de măsline; se păstrează pe față 20 de minute (mască astringentă).

● Se pisează bine un pumn de tulpini de păpădie, apoi se stoarce. Sucul obținut se amestecă cu puțin lapte crud. Se fricționează ușor fața pentru a îndepărta toate impuritățile.

● Morcov ras, caimac de lapte și miere de albine, în cantități egale (pentru tenuri uscate, devitalizate).

● Suc de lămie, miere de albine, albuș bătut spumă în cantități egale; se lasă pe față 15 minute, apoi se spală cu apă caldă (excellent pentru închiderea porilor).

● Proprietățile naturale ale unor legume pot fi folosite și în alte formule și cu rezultate imediate. De pildă, fricționînd fața cu o bucată de vată înmuiată într-un amestec de suc de roșii și lapte se îndepărtează celulele moarte de pe față. Sucul de morcov amestec cu suc de lămie dă strălucire tenului. Frunzele de pătrunjel macerate în apă timp de 24 de ore înlătură roșeața pielii și calmează ochii iritați. O compresă dintr-un decoct de semințe de pătrunjel, păstrată o noapte, duce la desconggestionarea gleznelor. Rădăcina de pătrunjel tocată și lăsată la macerat 48 de ore se strecoară și se folosește la îndepărtarea petelor provocate de perturbări în funcția normală a ficatului.

● Pentru menținerea siluetei se recomandă un cocteil din suc de gelină, suc de varză și de cartofi, în părți egale, din care se vor bea 3 pahare pe zi.

Eugenia BĂRBAT
cosmeticiană



REMEDII

PENTRU...

... OCHI OBOSIȚI:

— ridicăm privirea, o coborîm lent, poziția capului rămînînd nemîșcată;

— plimbăm privirea în stînga, apoi în dreapta și în toate direcțiile prin rotirea ușoară a globilor oculari;

— mișcăm privirea de la stînga la dreapta și invers;

— aplicăm alternativ comprese calde și reci, terminînd cu reci.

... TRANSPIRAȚIA PICIOARELOR:

— spălarea de două ori pe zi cu apă rece și săpun;

— se fricționează picioarele cu soluție de formol sau alcool camforat;

— se schimbă zilnic ciorapii, nu se folosesc decît ciorapi de bumbac;

— se pudrează cu talc picioarele și interiorul pantofilor.

... SITUAȚII NEPREVĂZUTE AVÎND LA DISPOZIȚIE DOAR O ORĂ:

— demachiem obrazul, ștergem cu loțiune tonică;

— ungem fața cu cremă hrănitore, facem „mișcări de masaj ușor”;

— curățăm unghiile și aplicăm un lac;

— montăm părul pe bigudiuri, pulverizăm cu fixativ;

— periem dinții cu puțin bicarbonat de sodiu (dă strălucire);

— facem un duș cu apă caldă;

— pulverizăm deodorant la subțiori;

— ungem picioarele cu o cremă camforată;

— aplicăm pe obraz masca po-
trivită tenului;

— ne așezăm în pat, aplicăm
pe ochi tamponare de vată inmu-
iate în infuzie de albăstrele sau
mușețel;

— după 10—15 minute scoa-
tem masca cu un tifon înmuiat în
apă caldă;

— aplicăm prin pulverizare o
loțiune tonică, apoi o cremă hră-
nitoare;

— scoatem bigudiurile, periem
ușor părul;

— ne machiem, apoi ne îmbră-
căm și ne parfumăm discret.



COSMETICE DIN «FARMACIA NATURII»

Datorită numeroaselor proprie-
tăți de a calma iritațiile pielii și
de a le vindeca, de a combate
grăsimea tenului și a pielii capu-
lui, plantele medicinale au o
largă întrebuințare în cosmetica
feței, în raport de tipul tenului,
precum și al părului. Cele câteva
rețete simple pe care le prezen-
tăm sînt ușor de realizat și efi-
ciente.

În cazul tenurilor uscate se re-
comandă plantele care activează
circulația periferică (flori de găl-
benele sau de mușețel), sub formă
de loționări sau comprese cu infu-
zie (din flori de gălbenele prepa-
rate din 4 linguri la cană, iar din
flori de mușețel din 8 linguri la

cană). Aplicarea unui decoct (pre-
parat din 3 linguri de rădăcină de
nalbă mare la o cană, la care se
adaugă o lingură de miere) are
efecte emoliente asupra tenurilor
uscate, îmbătrînite.

Pentru tenurile grase (sebo-
reice), se recomandă băi de abur
cu infuzie de flori de mușețel (2
lingurițe la cană); comprese calde
cu infuzie de podbal (o lingură la
100 ml de apă); comprese cu in-
fuzie din frunze de nuc (4 linguri
la cană) cu efect astringent; loțio-
nări cu infuzie din frunze de
mentă (50 g la litru de apă) cu
acțiune antiseptică; comprese cu
infuzie din frunze de salvie (o lin-
gură la 100 ml de apă), de cim-
brișor sau de cimbru (o lingură la
100 ml de apă) sau din conuri de
hamei (o lingură la cană) cu ac-
țiune astringentă și antiseptică.

Tenurile iritate sau înroșite pot
beneficia de comprese cu infuzii
din flori de „coada șoricelului“ (o
lingură la 100 ml de apă), flori
de mușețel (1 1/2 linguri la
100 ml de apă) sau cu decoct de
păpădie, realizat 30 de minute
din 2 linguri de plantă la cană; de
asemenea, sînt eficiente loționă-
rile tenului cu infuzie de muguri
de pin (2—3 linguri la cană).

Tenurile palide pot fi tratate
prin aplicarea unor comprese cu
infuzie din flori de mușețel (3 lin-
guri la cană) sau flori de podbal
(o lingură la cană) și din aplicații
pe față cu decoct realizat 30 de
minute din 3 linguri de rădăcină
de nalbă mare, la care se adaugă
o lingură de miere.

Cuperiza se ameliorează după
aplicarea unor comprese muiate
în infuzie preparată 30 de minute
din o lingură de flori și frunze de
nalbă de cultură la 100 ml de
apă sau în decoct realizat din o
lingură de rădăcină de nalbă
mare la aceeași cantitate de apă.

Căderile mici de păr pot fi
oprite prin fricțiuni săptămînale
cu decoct din rădăcină de brus-
ture (3 linguri la 500 ml de apă,
timp de 30 de minute), loționări
cu tinctură (20 g de rădăcină de
brusture macerată 15—20 zile în

100 ml de alcool), urmate de o
frecție puternică cu un prosop as-
pru, spălături cu infuzie din
frunze de mesteacăn (2—3 linguri
la 500 ml de apă) urmate de
frecție puternică.

Combaterea mătreții și a se-
boreii se realizează prin efectua-
rea de băi cu una dintre următoa-
rele infuzii: frunze și rădăcini de
urzică (40—50 g/l de apă), flori
de mușețel (3 linguri la cană),
cimbru de cultură (3 linguri la
cană), frunze de nuc (50 g/l de
apă), țîntaură (50—60 g/l de
apă).



MINIGHID

Pilogeneză = formarea firelor
de păr; proces influențat de o se-
rie de factori: hiperfuncția hipofi-
zei, hormonii sexuali feminini (es-
trogeni), vasodilatația, razele ul-
traviolete; vitaminele A, B2, E,
H1 și elemente minerale ca Fe,
Cu, stimulează creșterea părului.
Nanismul (hipofuncția hipofizei),
hormonii sexuali masculini (an-
drogeni), sărurile de talii și sub-
stanțele folosite în tratamentul
cancerului inhibă pilogeneza.

Păr = formație anexă a pielii.
Hrănirea lui se face de către vase
sanguine, de aceea sănătatea lui
depinde de circulația sanguină la
acest nivel și de nervii care asig-
ură hrănirea bulbului. În funcție
de natură și calități, părul poate
fi normal (strălucitor, mlădios,
protejat cu un strat de grăsime);
uscăt (fragil, se rupe ușor doto-
rită insuficienței secreției sebacee);
gras (lucios din cauza excesului
de secreție sebacee, firele lipi-
cioase). Părul normal are rezis-
tență, absoarbe umiditatea, este
permeabil, își păstrează timp în

delungat forma. Periatul brutal și des, folosirea șampoanelor necorespunzătoare naturii părului sau prea des, decolorarea lui la intervale mici, folosirea fierului de ondulat (care usucă și arde firul de păr) au drept consecință deteriorarea părului.

Îngrijirea părului = curățirea pielii capului și a părului, prin spălare la intervale regulate și folosirea unor preparate adecvate. Părul uscat se spală la 7—14 zile, cu gălbenuș de ou în loc de săpun; cel gras se spală o dată pe săptămână cu săpun (pe care-l facem spumă cu ajutorul unui burete înmuiat în apă caldă). Oboșeala, starea febrilă, alimentația necorespunzătoare, permanentele prea dese duc la modificarea structurii și a aspectului părului.

Încărunțirea = semn al îmbătrânirii care se instalează treptat în mod normal. Când are loc brusc se datorează unei emoții puternice. Poate fi accelerată de disfuncția glandei tiroide, starea de boală, lipsa vitaminelor B, expunerea îndelungată la soare.

Seбореia pielii capului = hipersecreție de sebum care acoperă pielea capului. Părul devine gras, dificil de ondulat, se murdărește ușor și capătă un miros neplăcut. Cauza: tensiune nervoasă, disfuncția hormonală, alimentația bogată în zaharuri și lipide, folosirea produselor cosmetice iritante, funcția necorespunzătoare a glandelor sebacee. Apa mării și soarele, fără abuz, sînt indicate.

Mătreața = cojirea excesivă a straturilor superficiale ale epidermei. Se cunoaște două forme: grasă (datorită secreției excesive a glandelor sebacee), și uscată (cînd descuamarea este consecința uscării excesive a pielii capului). Mătreața grasă este un prim semn al chelirii. Poate bloca secreția glandelor sebacee, sufocă părul, cauzînd căderea masivă a părului. Remedii: folosirea vitaminelor B, cu precădere B6, igienă riguroasă prin spălat, periat, masaj; neîngrijirea mătreiții prin netratarea seboarei, duce la calviție (chelie).

Acnee = complicație a seboarei; are mai multe forme, cea mai cunoscută fiind acneea polymorfă juvenilă, care se manifestă la ambele sexe, uneori de la pubertate pînă la 25 de ani. Simptome: mici puncte negre (comedoane) formate dintr-un dop de sebum și celule cornoase. În jurul comedoanelor se formează un loc congestiv, urmat de apari-

ția unor ridicături (napule roșii) în mijlocul cărora apar puncte cu puroi (pustule). Cauza: teren seboic, dezechilibru hormonal androgeni — estrogeni, flora microbiană, tulburări nervoase, stări emoționale, tulburări gastrointestinale, excesul de dulciuri și de grăsimi, condimentele. Remedii: igiena riguroasă și evitarea factorilor favorizanți.

Alunițe (nevi pigmentari) = mici tumorete cutanate de forme și dimensiuni diferite, de culoare roz, brună, neagră sau necolorate. De obicei sînt benigne; ca excepție pot evolua în cancer (melanoame maligne), recomandîndu-se atenție la orice schimbare a culorii și mărimumi și prezentarea la medic.

Riduri = pierderea elasticității și netezimii normale a pielii, semn al degenerescenței țesuturilor de susținere a pielii. Nu sînt doar apanajul bătrîneții, ci apar în funcție de natura pielii (cea uscată se ridează mai ușor). Sînt favorizate de factori meteorologici și de poluarea mediului, de starea psihică, tulburări ale glandelor endocrine și ale tubului digestiv. Se recomandă viață rațională, mișcare în aer liber, evitarea săpunului, apei calde, soluțiilor alcoolice, astringente, glicerinei și loțiunilor degresante.

Comprese = variante ale măștilor cosmetice; formate din vată sau pînză înmuiate în lichidele pe care vrem să le aplicăm pe obraz (infuzii de mușețel, tei, sunătoare etc.); le confecționăm din 3-4 straturi de tifon de dimensiunea feței, decupînd pentru ochi, nas și gură niște goluri; se aplică pe obraz timp de 15-20 de minute, după care folosim o cremă hrănitoare. Pentru ten seboic, comprese cu infuzie de cimbrisor sau de salvie, pentru ten acneic — cu infuzie de brusture, iar pentru cel uscat comprese calde cu ulei de măsline și de germeni de porumb.

Cearcăne = semne inestetice avînd drept cauze o tulburare renală, hepatică, ovariană, precum și oboșeala. În primele apelăm la medic pentru remedii; în cazul oboselii aplicăm zilnic comprese reci cu infuzie de tei, rozmarin și albăstrele.

Pungi sub ochi = expresia unei maladii la vîrsta tînră; firești de la o anumită vîrstă; se atenuează prin aplicarea de comprese cu apă sărată (25 g de sare la 500 g de apă) sau cartofi cruți rasi.

CELE MAI VECHE MĂRTURII DESPRE PRACTICA MASAJULUI

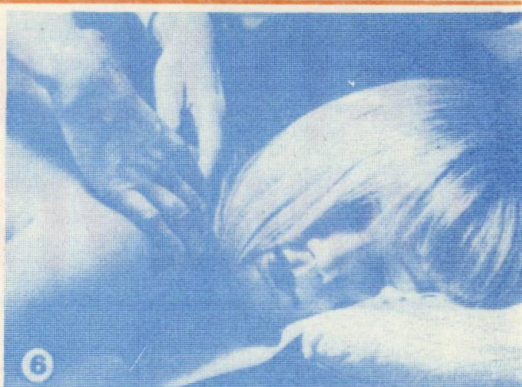
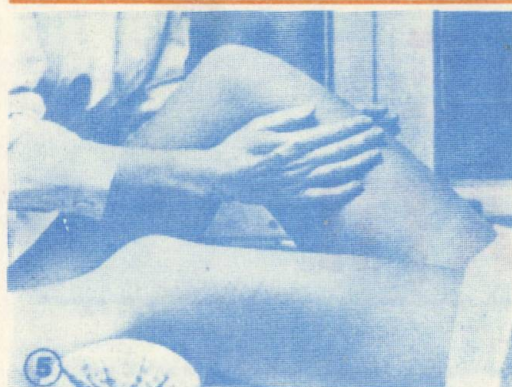
Masajul sau kinetoterapeutică (de la grecescul kineîn = a se mișca și therapeueîn = îngrijii) este actul făcut instinctiv de om spre a-și calma durerile provocate, din diverse cauze, într-o parte a corpului. El a fost preluat și aplicat sistematic în tratamentul unor cazuri mai grave. Pentru prima dată se află menționată practica masajului în cartea chineză Kong-fu, scrisă cu 3000 de ani înaintea erei noastre.

Cunoscîndu-se efectul binefăcător al masajului el a fost larg utilizat în practica terapeutică astfel că în timpul dinastiei Than (618—907 e.n.), maseorii erau recunoscuți ca vindecători „specialiști” și puși pe aceeași treaptă cu medicii interniști, cu chirurgii și vrăjitorii. O varietate foarte apreciată a masajului consta în aplicarea ritmică a presiunii pe 365 de „puncte vitale”, folosite și în practica acupuncturii.

În tratatul de medicină Susrutasamhita, atribuit legendarului indian Susruta, revăzut de alchimistul budhist Nagajuna prin anul 650 e.n., se recomandă masajul în cazuri de atrofie musculară, luxații etc.

În Europa primii care au practicat masajul au fost medicii greci, apoi cei romani, el făcînd parte integrantă din ceremonialul băilor. Medicul Herodikos din Selimbria, presupus magistrul al lui Hipocrat, părintele medicinei, recomandă, pe la anul 475 i.e.n., tratamentul bolilor prin exerciții fizice energice, printre ele fiind și masajul. Istoricul grec Plutarch (cca. 46 — cca. 127 e.n.) amintește că Cesar s-a vindecat de o nevralgie de care suferea de mai mulți ani numai prin masaj.

Străbătînd secolele, masajul nu a fost dat uitării, dintre europeni, practicîndu-l mai cu seamă suedezii ei fiind și creatorii



aşa-numitei „gimnastici suedeze”.

În ţara noastră, pe la începutul secolului trecut, Iacob Felix indica „masajul cu scopul de a excita vitalitatea pielii şi a părţilor subiacente, a activa circulaţiunea în vasele sanguine şi limfatice, a înlesni resorbţiunea

unor exudate, a întări musculatura slăbită, a îmbunătăţi nutriţiunea unor organe”.

Toate aceste indicaţii, aplicate ştiinţific, sînt valabile şi astăzi, înlocuind cu succes efectul unor medicamente care acţionează în detrimentul capacităţii innăscute de a se restabili a organismului

uman pe cale naturală. Iată în fotografiile alăturate cîteva aplicaţii ale masajului în cazul durerilor de cap (foto 1), de spate (foto 6) şi al diferitelor suferinţe subcutanate (foto 2, 3, 4, 5)

Dr. C. SIMIONESCU



A TREIA VÎRSTĂ

REȚETE ALE LONGEVITĂȚII

Cu numai 17 ani înaintea încheierii secolului XX omenirea se află în fața unui fenomen demografic unic: din ce în ce mai mult în ansamblul populației ponderea o dețin persoanele care au depășit 60 de ani. Longevitatea se dovedește astfel a fi cea mai mare cucerire a dezvoltării societății contemporane, datorată în cea mai mare măsură îmbunătățirilor obținute în domeniul sănătății publice, al igienei, alimentației, prevenirii și combaterii bolilor.

Dimensiunile fenomenului, evaluate pe baza prognozelor oferite de gerontologi, conturează perspectivele lui până în anul 2025. Astfel, se apreciază că dacă în anul 1975 trăiau în lume 350 milioane de persoane în vîrstă de peste 60 ani, în anul 2000 numărul lor va fi de 590 milioane, iar în anul 2025 de 1 120 000 000, adică egal cu numărul populației în cele două Americi la aceeași dată. După statisticile pe care le deține Organizația Națiunilor Unite, persoanele care au depășit vîrsta de 60 ani reprezintă partea din populația planetei noastre care crește cel mai repede. De exemplu, se apreciază că în timp ce în perioada anilor 1950—2025 populația lumii se va tripla, numărul celor peste 60 de ani va crește de 5 ori iar al octogenarilor de 7 ori, aceștia din urmă reprezentînd aproape 1 120 000 de oameni. Totodată, fenomenul nu va fi caracteristic numai țărilor dezvoltate, ci și celor în curs de dezvoltare, între anii 2000 și 2025 numărul persoanelor vîrstnice crescînd de aproape 15 ori în țări ca Bangladesh, Brazilia, Mexic și Nigeria.

Aceste prognoze și perspectiva creării unei ponderi a vîrstnicilor în ansamblul populației de pe glob impun găsirea unor soluții menite să contribuie la menținerea sănătății după vîrsta de 60 ani, printr-un comportament echilibrat și prin realizarea unei eficiente profilaxii primare și secundare a bolilor.

Sănătatea fizică și mintală, capacitatea de a participa la unele activități sociale, de a se îngriji pentru a nu deveni un dependent social trebuie apărute și menținute nu numai pînă la vîrsta ieșirii la pensie, ci pînă în ultimul ceas al vieții. În aceste condiții vîrstnicii vor reprezenta o inestimabilă valoare socială nu numai prin experiența pe care o dețin, ci și prin contribuția pe care și-o vor aduce la dezvoltarea societății.

Preocuparea de a oferi soluții și „rețete” pentru o longevitate caracterizată prin sănătate și viață activă este prezentă și în grupajul de articole din paginile următoare. Sugestiile oferite sînt confirmate de rezultatele pozitive obținute în toate cazurile în care vîrstnicii au respectat principiile vieții raționale, au participat la apărarea propriei sănătăți.

SPIRITUALITATE, SOCIABILITATE, CREATIVITATE

Noțiunea de vîrstă **biologică** se referă la orice ființă, la orice organism viu. În gerontologia umană însă, pentru aprecierea îmbătrînirii specifice omului, se mai întrebuintează noțiunile de **vîrstă psihologică** și de **vîrstă socială**. Într-adevăr, diferitele perioade ale vieții, diferitele vîrste umane, inclusiv bătrînețea, se caracterizează prin anumite trăsături de viață psihică, în funcție de starea funcțională a sistemului nervos, dar și de experiența individuală. Totodată, vîrstele omului se caracterizează prin

anumite trăsături și roluri sociale, printr-o anumită capacitate de muncă, de activitate și de creație.

Declinul vieții psihice la bătrînețe este consecința uzurii mecanismelor cerebrale, care constituie infrastructura vieții sufletești. Prin scăderea intensității celor două procese fundamentale ale activității nervoase superioare (excitația și inhibiția), reflexele condiționate și diferențierile se stabilesc din ce în ce mai greu. Bătrînii sînt, pe plan perceptiv, mai rigizi și mai „perseverenți”. Din cauză că reorganizarea percepțiilor se face mai greu, la vîrstnici învățarea este mult mai dificilă. Nemaireacționînd la excitanți afectivi slabi, bătrînii dau impresia de apatie și de blazare, rămînînd însă receptivi la solicitările afective puternice, viața emoțională a acestora prezintă oscilații, explozii imprevizibile.

În a două jumătate a vieții, a cărei „programare genetică” este mai puțin strictă, diferențierile interindividuale sînt mai evidente, procesul de îmbătrînire evoluînd într-o mai mare măsură în funcție de factorii de mediu (natural și social), de felul de viață al fiecărei persoane. În general, vîrstnicii sînt mai deosebiți între ei decît tinerii; ceea ce îi diversifică mult sînt vicisitudinile și experiența vieții, obiceiurile lor diferite, profesiunile practicate, bolile de care au suferit, capacitățile de compensare inegale. Se apreciază că scăderea introspecției constituie un important semn al procesului involutiv de vîrstă, frecvent înregistrat după 65 de ani. Tristețea, ce caracterizează vîrstele avansate, poate merge pînă la izolare și durere morală, adesea greu de depășit dacă adaptarea la bătrînețe nu a fost pre-

gătită din timp, deoarece este greu să părăsești — la un moment dat — un „teritoriu” pe care-l considerai numai al tău. Între vîrsta cronologică și cea psihică pot exista însă diferențe frapante, o față ridată ascunzînd uneori un suflet tînăr. George Enescu, sesizînd plastic aceste posibile discordanțe psiho-somatice, spunea că tineretea nu reprezintă o anume stare biologică, ci mai mult o stare de spirit.

Dacă îmbătrînirea evoluează într-un mod diferențiat la felurile specii de animale, la om ea prezintă particularități specifice, datorită caracterului acestuia de ființă psiho-socio-culturală. Astfel, la vîrstele înaintate, putem înregistra deficiențe ale acuității vizuale, dar în același timp putem asista la performanțe în ceea ce privește vîzul interpretativ. Capacitatea de sinteză, coeficientul de experiență, ca și potențialul privirii în perspectivă pot fi cu mult mai dezvoltate la vîrstnici decît la adulți sau la tineri. De aceea ar fi greșit să se considere că, odată cu scurgerea anilor, capacitățile mintale și prestația socială s-ar afla într-un declin continuu. Din contră, pînă la o anumită vîrstă înaintată, ele se pot chiar amplifica, această situație apărînd paradoxală explicîndu-se prin activitatea vîrstnicului, paralel cu acumularea experienței de viață și de muncă. Semnele de îmbătrînire, de declin ale funcțiilor integrative ale omului nu trebuie căutate numaidecît în tulburările atenției sau ale memoriei, ori în scăderea rezistenței la efort intelectual, ci și în diminuarea receptivității față de nou, în reducerea sferei de interese și de preocupări, în închistarea și rigiditatea legată de „tabieturile” zilnice, în preferințe pentru



comodități curente. Hotărîtoare în evoluția socială, psihologică și biologică a individului care îmbătrânește este atitudinea sa față de muncă și viață, față de sine însuși, la acesta manifestându-se o dorință de a rămîne activ și de a-și menține importanța, în opoziție cu dorința legitimă de a se odihni și a se dezagaja. De aceea, fiind deosebit de important antrenamentul funcțiilor organismului, este recomandabilă călirea acestuia și combătută viața dusă prea rigid, cu „tăbieturi” și stereotipuri, care limitează diapazonul adaptativ al vîrstnicului. Așa se explică de ce tocmai funcțiile cele mai întrebunțate, deci cele mai antrenate, îmbătrînesc mai tîrziu, de ce capacitatea profesională se poate menține în condiții satisfăcătoare, cu toată alterarea generală a organismului. Studii fiziologice și psihologice atestă faptul că progresele obținute prin exercițiu și antrenament „maschează” adesea modificările de vîrstă. Este semnificativă în acest sens afirmația unui cunoscut gerontolog francez, care spunea că bătrînețea organelor corpului omenesc este invers proporțională cu îmbătrînirea organelor unei mașini. În al doilea caz, cel mai repede îmbătrînesc și se uzează părțile cele mai frecvent utilizate; în primul caz, dimpotrivă, organele mai puțin solicitate. Dar îmbătrînirea nu este numai o modificare cantitativă și calitativă a unor funcții psihice, ci, mai cu seamă, o structurare a personalității, astfel încît „deficiențele” de vîrstă sînt compensate parțial de maturizare și experiență sau chiar pot fi puse în valoare. Astfel, scăderea gradului de afectivitate favorizează un comportament calculat și obiectiv, iar obiectivitatea dezvoltă la rîndul ei spiritul de prudență. Compensările care survin cu vîrstă explică de ce, adesea, atît performanțele în muncă, cît și productivitatea se mențin aproape neschimbate de-a lungul citorva decenii.

Organizarea unor activități ocupaționale pentru vîrstnici, sub diferite forme, utilizarea lor în activitatea socială, crearea sentimentului de utili-

tate socio-familială contribuie la asigurarea unui „tonus” psihic și biologic ridicat, deosebit de important pentru sănătatea și, implicit, pentru longevitatea acestora. Un alt fapt în relație cu vîrsta este creativitatea omului, prezentată adesea eronat, limitîndu-se capacitatea maximă de creație, de obicei, pînă la vîrsta de 30 de ani, iar în alte cazuri exemplificată îndeosebi cu mari creatori la vîrste de peste 60-70 de ani în domeniul științei și artei. Analizînd traiectoria profesională a unui grup de persoane cu realizări deosebite, cercetătorii au constatat că momentul de „vîrf” al activității acestora se situează între 41 și 58 de ani. După profesiune, tabloul vîrstei medii a realizărilor maxime se prezintă astfel: fizicieni și chimiști — 41 de ani; poeți și dramaturgi — 44 de ani; prozatori — 46 de ani; exploratori și militari — 47 de ani; compozitori și actori — 48 de ani; medici — 52 de ani; filozofi — 54 de ani; matematicieni, astronomi, umoriști — 56 de ani; istorici — 57 de ani; naturaliști și juriști — 58 de ani.

Cu toată existența unor fenomene de compensare, transfer și restructurare a capacităților păstrate pentru crearea unor noi legături între neuronii rămași în funcțiune, capacitatea de rezolvare și de adaptare a omului scade totuși cu vîrsta. Implicit, va scădea și creativitatea, calitate condiționată de integritate sau de un minim funcțional neuropsihic. Din această cauză, la vîrsta a treia capacitatea de creație, deși este păstrată, are însă un profil și o cuprindere diferită față de etapele anterioare ale vieții. Biografiile marilor creatori arată că, în majoritatea cazurilor, la vîrste avansate nu au realizat noul, ci au desăvîrșit operele sau concepțiile elaborate la vîrstele precedente. Prin urmare, la bătrînețe creativitatea este păstrată, însă prezintă caracteristici distincte față de vîrstele maturității, determinate de modul de evoluție biologică a procesului de îmbătrînire și de domeniul respectiv de creație. Aceasta nu înseamnă nicidecum că bătrînețea este

o etapă sterilă a vieții. Cu toate acestea, vîrstele avansate și chiar cele deosebit de înaintate au fost fertile pentru numeroși creatori de frumos. Istoria culturii și a civilizației umane cunoaște numeroase exemple de personalități proeminente, care s-au bucurat de o longevitate nu numai prelungită, dar și creatoare.

Încheind cu cîteva aspecte anecdotice (scriitoarea engleză Margaret Murray a scris, după ce a devenit centenară, cartea intitulată sugestiv: „Primii mei 80 de ani”; cunoscutul actor de film Maurice Chevalier, care a trăit 84 de ani, afirma: „Viața începe la 70 de ani!”, iar compozitorul H. Aubert obișnuia să spună: „Eu nu am 80 de ani, ci de patru ori cîte douăzeci”), aș dori să subliniez adevărul demonstrat de știința contemporană că viața poate fi mult prelungită și se poate menține activă pînă la adînci bătrîneți atît în domeniul activității productive, cît și al științei, literaturii și artei. Longevitatea are, prin urmare, nu numai un aspect cantitativ, exprimat în ani, dar și unul calitativ, creator.

Dr. René DUDA
I.M.F.-Iași



MUNCA— ANTIDOT AL ÎMBĂTRÎNIRII

Avem la îndemână mijloace fișești, accesibile, eficace spre a ne întări sănătatea, a ne feri de îmbolnăviri, a trăi mai mult și mai deplin, a fi de folos societății, familiei, nouă înșine. Dar, în mod paradoxal, destul de des le ignorăm sau nu le valorificăm, acordând prea mare credit unor mijloace create de om, eficace și acestea, având rostul lor, dar nu lipsite adesea de efecte secundare, imediate sau la distanță și, în plus, costisitoare. Se înțelege că primele sint factorii naturali de mediu, iar celelalte produsele farmaceutice, vitaminele-medicament, fața de care există o tendință la autoprescriere.

Această conduită justifică astăzi apelul tot mai insistent al medicilor, educatorilor de sănătate și al organismelor răspunzătoare de promovarea și apărarea sănătății de a se utiliza mai bine remediile oferite cu generozitate de mediul nostru natural de viață, alături de cele biologice (climatul, apele minerale, plantele medicinale) cit și unii factori sociali sau psihosociali, și ei componenți ai aceluiași mediu. La aceștia ne vom referi în rândurile ce urmează, prin intermediul unor maxime sau aforisme aparținând unor personalități din domeniul culturii, artelor, științelor, care s-au afirmat în domeniile respective și datorită unei sănatoase concepții de viață. Maximele sau aforismele de mai jos închid în ele gândire și experiență pozitive, confirmate de biografia caracterizată prin viață activă, închinată muncii și răsplătită de aceasta prin sănătate și longevitate.

Putinele cuvinte ale acestor maxime, dar pline de miez și încărcate de înțelepciune, sperăm să fie mai convingătoare decât atâtea conferințe dedicate acestei teme, pentru că, așa cum se întâmplă și în alte domenii, eficacitatea nu este totdeauna pe măsura efortului.

Celor care nu cunosc sau nu cred în virtuțile sanogenetice, în cele de prelungire a vieții active, ale factorilor „mișcare”, „muncă”, „activitate”, „creație” le adresăm câteva păreri dintre cele mai autorizate.

● „Prin mișcare putem înlocui orice medicament, dar nici un medicament din lume nu poate înlocui mișcarea” (Ph. Tissot) ● „Izvorul nesecat al frumuseții este sănătatea, iar sănătatea se conservă prin mișcare” (Iuliu Hațieganu) ● „Mersul pe jos mă înviează și mă inspiră. Numai când corpul mi se pune în mișcare, încep să se miște și mintea” (J.J. Rousseau) ● „Nu ne putem închipui cit de mult înviează mișcarea, activitatea minții”

(Pliniu) ● „Activitatea este, cum se știe, o formă evoluată a mișcării, mai complexă, mai organizată, ordonată unui scop, care implică deopotrivă o componentă fizică și una intelectuală. S-a afirmat chiar că singura soluție de a ne împotrivi îmbătrânirii împovărate de boli și neputințe este aceea de a rămâne continuu activi!”

● „A îmbătrâni nu este decât un obicei rău, cu care un om activ nu are timp să se obișnuiască” (André Maurois) ● „Concep viața în genere ca o expresie a activității spirituale, care se concretizează apoi în toate direcțiile în știință, artă, situații personale” (Karl Marx) ● „Nimic nu slăbește și nu distruge corpul omului ca o îndelungată inactivitate fizică” (Aristotel) ● „Viața trebuie măsurată după gândire și acțiune și nu după timp” (J.L. Avelbury) ● „Nici un leș n-a ajuns la adinci bătrâneți, toți cei care au ajuns la vîrste foarte înaintate au dus o viață foarte activă” (W.Ch. Hufeland) ● „Ceea ce te face și te menține voios și fericit este numai activitatea” (J.P. Richter) ● „A fi activ, înseamnă a trăi” (P. Doumer) ● „Activitatea este însăși esența vieții” (J. Dewey).

Se știe că procesul muncii specific omului reprezintă o necesitate, fiind considerat drept condiția naturală permanentă a vieții. Dealtfel, omul în stadiul actual îl datorează muncii desfășurate timp de milenii apariția și formarea sa. În procesul muncii el participă nu numai fizic, ci și cu voința, gândirea, cu emoțiile sale, ceea ce face ca munca să exercite asupra sa o uriașă influență formativă. Pe de altă parte, munca îl călește pe om, îl face mai rezistent la boli, îi păstrează buna condiție fizică pînă la adinci bătrîneți, îi dă posibilitatea nu numai să trăiască mai bine, dar și să-și creze un stil de viață optimist, sănătos.

S-a observat că oamenii cu dragoste de muncă sint activi și în timpul lor liber, pe cînd cei lipsiți de interes față de muncă nu știu să-l folosească. Munca în sine nu numai că este nevătmătoare pentru sănătate, dar este și indispensabilă dezvoltării multilaterale, armonioase a omului. În opoziție, lipsa de activitate, lenea influențează negativ viața și sănătatea omului, au efectul sedentarității, duc la lîncezeala spiritului și atrofierea diferitelor funcții ale organismului. O deosebită importanță pentru sănătate are continuitatea muncii intelectuale, menținerea exercițiului spiritului. Oamenii care desfășoară o activitate intelectuală pînă la adinci bătrîneți rămîn tineri mult mai mult timp decât cei care nu fac un asemenea efort, își păstrează chiar capacități de creație la cel mai înalt nivel.

lata cum apreciază munca personalități care au rămas, prin realizările lor, în conștiința universală: ●

„Munca este cel mai bun antidot al bătrîneții” (Pablo Casals) ● „Pentru mine viața fără muncă nu-și are rațiunea... Mulțumirea mea cea mai mare, singura mulțumire e lucrul” (George Enescu) ● „Trebuie să-ți organizezi în așa fel viața încît munca să fie neapărat necesară; fără muncă nu poți duce o viață curată și fericită” (A.P. Cehov) ● „Lenea, trîndăvia duc la slăbirea corpului, la pustiirea sufletului, lipsind omul de bucuriile pe care numai munca le poate da” (Cicero) ● „Este un lucru bizar să atributei cea mai mare importanță odihnei. Ceea ce-i trebuie omului este, dimpotrivă, munca, pentru a-și da sănătate, sprinteneală, dibăcie” (G.M. Talleyrand) ● „Cine ostenește prea devreme pare să consimtă la dispariția lui” (Tudor Arghezi) ● „Dacă odihna nu este și ea oarecum muncă, atunci devine numai plictiseală” (Jules Renard) ● „Munca este condiția vieții, scopul ei este înțelepciunea și fericirea, răsplata” (Friedrich Schiller) ● „Interesează-te de viață. Acest spectacol este destul de mare pentru a umple toate sufletele. Dar trebuie muncă și forță” (G. Flaubert) ● „În muncă e sănătatea, puterea și farmecul vieții” (Al. Vlahuță) ● „A nu face nimic, a renunța la orice ocupație, iată nenorocirea bătrîneții” (V. Hugo) ● „Trîndăvia subrezește corpul și duce la bătrînețe, munca îl întinește și-l duce la tinerețe prelungită” (Aulus Celsus)

**Maxime selectate
și comentate de
Dr. Constantin BOGDAN**

LONGEVITATE ȘI ACTIVITATE

În toate timpurile — din îndepărtată antichitate și pînă astăzi, au existat și există oameni cu longevitate remarcabilă și cu nealterată capacitate de muncă și creație, pînă la apusul vieții. Chiar și în antichitate, cînd durata medie de viață era cu mult mai scurtă decât astăzi, înflîm exemple de longevitate în rîndul filozofilor, oamenilor de știință și al literaților. Astfel, Gorgas din Leontonoi a trăit 108 ani, Teofrast, autorul lucrării „Caracterele” 99 de ani, Democrit și Xenofan 90 de ani, Diogene 89 de ani, Eubulides 86 de ani, Hipocrate din Cos, fondatorul medicinei, 84 de ani, Pitagora — filozof și matematician — 82 de ani, Platon 80 de ani. Dintre literații longevivi cităm pe Sofoc-



le, care a scris dramele „Oedip rege” la vârsta de 75 de ani și „Oedip la Colona” la 89 de ani, cu puțin înainte de moarte.

Longevivi cu realizări valoroase la vârste înaintate au fost și în evul mediu, precum și în epoca modernă. De exemplu, gânditorul și iluministul francez François-Marie Aroult (Voltaire) a trăit 84 de ani și a realizat lucrarea „Dicționar filozofic” la 70 de ani, J.W. Goethe a scris ultima parte a poemului dramatic „Faust” la 83 de ani, scriitorul Victor Hugo, care a trăit 83 de ani, a încheiat ciclul de poeme „Legenda secolelor” la 81 de ani, dramaturgul George Bernard Shaw, care a trăit 96 de ani, a scris piesa „Prea adevărat ca să fie frumos” la etatea de 76 de ani, iar scriitorul rus I.A. Krilov a început să studieze limba greacă la 68 de ani, stăpînind-o perfect la 71 de ani. Și exemplele se pot continua cu multe altele: romanciera Catherine Anne Porter, autoarea cunoscutului roman „Corabia nebunilor”, a împlinit 92 de ani, scriitoarea octogenară Marguerite Yourcenar a devenit în anul 1980 prima femeie membră a Academiei Franceze, iar scriitorul Maurice Genevoix, membru a aceluiași for de cultură, este nonagenar. Demn de reținut este și cazul scriitorului belgian Marcel Domec, care și-a făcut debutul literar cu romanul „Mai târziu pe malul lacului” la... 73 de ani, fiind apreciat de presa literară ca o realizare de valoare deosebită.

Și în lumea artelor plastice exemplele de longevitate sînt nu-

meroase: pictorul italian Vecellio Tiziano, mort de cîmă la 99 de ani, a terminat celebrul său tablou „Bătălia de la Lepanto” la 95 de ani, iar la 97 de ani a început să lucreze capodopera „Coborîrea de pe cruce”. Marele Michelangelo Buonarroti, care a trăit 89 de ani, a pictat fresca „Judecata de apoi” de la 58 la 66 de ani, iar cupola bisericii „San Pietro” din Roma a fost înălțată după macheta pe care a executat-o cînd împlinea 87 de ani. În epoca noastră, cunoscutul pictor Pablo Picasso a început din viață, în plină activitate creatoare, la vârsta de 92 de ani, iar pictorii Mark Chagall, Nicolas L'Argillière, Adolf Mentzel și Francisco Pacheco sînt nonagenari.

Dintre muzicieni, Giuseppe Verdi a compus la 75 de ani opera „Othello”, la 80 de ani opera „Falstaff”, iar la 85 de ani cunoscutul „Requiem”. Activi pînă în ultimele zile de viață au fost și violoncelistul Pablo Casals, care a trăit 97 de ani, dirijorul Leopold Stokovski și compozitorul Robert Stolz (95 de ani), pianista Nadia Boulanger și compozitorul Jan Sibelius (92 de ani), dirijorul Arturo Toscanini (90 de ani); compozitorul Joseph Haydn a compus la 80 de ani emoționantele sale oratorii, iar celebrii realizatori de viori — Antonio Stradivarius și Niccolò Amati au trăit 93 și respectiv 88 de ani. Valorosul pianist Arthur Rubinstein, astăzi în vîrstă de 96 de ani, a cîntat pînă de curînd, cîntărețul Tino Rossi, în prezent în vîrstă de 74 de ani, nu și-a luat încă adio de la scenă, avînd o agendă de lucru foarte încărcată, iar compozitorul și pianistul de culoare Eubie Blake, pionier al muzicii de jazz, a urcat pe scena de la „Ambassador Theatre” și la 95 de ani.

Dintre longevivii din lumea celei de-a șaptea arte menționăm pe Asta Nielsen, una dintre primele stele ale cinematografului mut, care a trăit pînă la vîrsta de 90 de ani, pe Charlie Chaplin (decedat la 88 de ani), pe veteranul cinematografului, Charles Vanel, care a turnat un film la 86 de ani, pe dansatorul și actorul Fred Astaire, astăzi în etate de 82 de ani, și pe regizorul Adolph Zukor, ultimul pionier în viață al cinematografului americane, sărbătorit la împlinirea vârstei de 100 de ani.

Nici lumea științei, în care se pare că solicitările intelectuale sînt mai mari, nu este lipsită de exemple de longevivi, care la vîrste apreciabile și-au adus contribuții valoroase. De exemplu, fizicianul și astronomul renaștător Galileo Galilei a terminat la vîrsta de 72 de ani lucrarea „Dialogurile despre mișcare”; biochimistul Jacques Duclaux, membru al Academiei Franceze a trăit 103 ani; Isac Newton, 90 de ani, iar I.P. Pavlov 86 de ani; suedezul Karl Siegbahn, laureat al Premiului Nobel pentru fizică, a lucrat pînă la vîrsta de 92 de ani; Erus Alexander, unul dintre pionierii televiziunii, a trăit pînă la 97 de ani. Deosebit de interesant este cazul femeii chirurg Florence Keller din Los Angeles (S.U.A.), care după ce a lucrat 25 de ani într-o junglă din Noua Zeelandă continuă să opereze, deși a depășit vîrsta de 90 de ani. Și pentru că am dat un exemplu de longevitate din lumea medicinei, să amintim că binecunoscutul pediatru francez Robert Debré a trăit 96 de ani, parazitologul J. Scribain 93 de ani, Albert Schweitzer și Gama-leia 90 de ani.

O viață lungă și fecundă pînă la adînci bătrîneți au avut și numeroase personalități din lumea științifică, artistică și culturală a țării noastre. Din numeroasele exemple de matematicieni longevivi cităm pe academicianul Octav Onicescu, astăzi în vîrstă de 94 de ani, Simion Sanielevici (a trăit 93 de ani), Vera Lebedev-Myller (90 de ani) și Alexandru Myller (86 de ani). Din domeniul științelor aplicate cităm pe Henri Coandă, unul dintre pionierii avionului cu reacție, care a trăit 80 de ani, și pe creatorul teoriei sonicității, inginerul Gogu Constantinescu, care a trăit 84 de ani, pe farmacistul și chimistul Samuel Gh. Konya, unul dintre întemeietorii Societății de medici și naturaliști din Iași, care a trăit 95 de ani, pe naturalistul Paul Bujor (90 de ani), Dimitrie Voinov (84 de ani), fizicianul Dragomir Hurmuzescu și geologul Gheorghe Macovei (89 de ani), geograful Simion Mehedinți, 94 de ani.

De asemenea, o pleiadă de medici de prestigiu s-au bucurat de o viață activă de împliniri pînă la vîrstele senectuții. Astfel, dermatologul Ștefan Gh. Nicolau a trăit 96 de ani, endocrino-

logul C.I. Parhon și internistul Vasile Râșcanu 95 de ani, chirurgii Iancu Jianu și Alexandru Rădulescu 91 de ani, iar C. Dumitrescu Severeanu 90 de ani, obstetricianul Nicolae Gheorghiu 91 de ani, Elena Densușianu-Pușcariu, prima româncă profesor universitar, 90 de ani, Nicolae Kretzulescu 81 de ani, microbiologul Mihai Ciucă 86 de ani.

Dintre filozofii români longevivi amintim pe Ion Petrovici (90 de ani), Constantin Rădulescu-Motru (89 de ani) și D.D. Roșca (85 de ani).

Dintre oamenii de artă menționăm pe compozitoarea Maria Andriescu, care a depășit vârsta de 100 de ani, pe Dimitrie Cuculin, care a trăit 93 de ani, compunind cu câteva luni înainte de a deceda „Sonata pentru vioară solo”, pe Tiberiu Brediceanu (91 de ani), pe cântărețele Lucia Cosma (97 de ani) și Rița D'Oria (Margareta Dimitriu-Luca), care a jucat în ultimul an al vieții — al 95-lea, într-un film la televiziune, pe compozitoarea și pianista Elena Asaki (a trecut de 88 de ani), pianista Constanța Erbiceanu și dirijorul Antonin Ciolan (87 de ani), pianista Cella Delavrancea și compozitorul Ion D. Vicol, care la 90 de ani și, respectiv, 84 de ani manifestă și astăzi o exemplară energie.

Și între artiștii dramatici au fost personalități care au atins vârste venerabile. Astfel, Lucia Sturdza-Bulandra a trăit 88 de ani, dovedind o vitalitate remarcabilă, rămânând pe scenă și la conducerea mișcării noastre teatrale până în ultimele zile de viață. De asemenea, artista Natalia Porfir a trăit 96 de ani, iar actorul clujean Ștefan Braboreanu 91 de ani.

Dintre plasticienii longevivi amintim pe sculptorul Ion Jalea, președinte de onoare al U.A.P., în vârstă de 95 de ani, Nicolae Teodorescu (94 de ani), pictorii Cecilia Cruțescu-Storck și Marius Bunescu (90 de ani), pictorul Theodor Pallady și sculptorul Oscar Han (85 de ani), pe marele Constantin Brâncuși (81 de ani), precum și pe criticul de artă I.D. Ștefănescu (95 de ani).

Dar și în rândul scriitorilor au fost longevivi. Astfel, Eugeniu Ștefănescu-Est, a trăit 99 de ani, nuvelistul Alexandru Cazaban 94 de ani, Ioan Pop Florentin 93 de ani, Franyó Zoltán și Kós



Károly au depășit vârsta de 90 de ani, Tudor Arghezi a trăit 88 de ani. În prezent sînt numeroși scriitori și oameni de literă care continuă să fie activi la vârste înaintate. De exemplu, folcloristul G.T. Niculescu-Varone a împlinit vârsta de 98 de ani, poetul Mihai Cruceanu 95 de ani, filologul Iorgu Iordan 94 de ani, scriitorul Ionel Clopoțel 90 de ani.

Desigur, exemplele ar putea fi continuate, fiecare domeniu de activitate avînd, în orice epocă, oameni longevivi, sănătoși și utili semenilor pînă la adînci bătrîneți. Dar chiar numai aceste exemple confirmă adevărul că bătrînețea poate fi învinsă, activînd și aducîndu-ți contribuția la viața societății.

SEXUALITATEA LA VÎRSTA A TREIA

Viața omului nu se limitează numai la satisfacerea necesităților biologice la muncă, pentru că el are numeroase capacități, aptitudini și cerințe (rațiunea, inteligența, forța de a crea, viața afectivă, gusturi, preferințe). Hormonii sexuali influențează în mod permanent psihicul, capacitatea creatoare, comportamentul și viața afectivă a indivizilor. Sexualitatea se manifestă de la naștere pînă la sfîrșitul vieții, însă în mod diferit în perioade anumite ale acesteia. Comportamentul sexual uman depinde de o serie de factori (genetici, neuroendocrini, psihici, climatici, socioculturali, familiali și tradiționali). De aceea, comportamentul sexual uman prezintă o infinitate de variații și nuanțe atît în ceea ce privește trăirea, manifestarea, cit și calitatea și durata. Influența sexualității asupra întregului

comportament al individului în cadrul societății, familiei, profesiunii este foarte importantă. Istoria, arta, știința dau numeroase exemple în această privință. De aceea, sexologia a cucerit într-un timp scurt un loc important în cadrul științelor despre om.

Studiind procesul îmbătrînirii, unii cercetători l-au legat de declinul activității sexuale, considerînd menopauza și andropauza ca debutul lui. Realitatea însă dezmentează această teorie: menopauza nu este decît sfîrșitul perioadei de fecunditate, dar nicidecum de activitate sexuală, deoarece multe femei prezintă, din contră, apetit sexual mărit, iar tulburările neuroendocrine, manifestate la unele dintre ele pot fi remediate prin tratamente adecvate. Psihicul femeii însă poate fi influențat în mod negativ de unele schimbări corporale, cu care trebuie să se obișnuiască și de accentuarea pulsionii ei sexuale, care se cere să fie satisfăcută, ținînd cont adeseori de scăderea libidoului și de diminuarea capacității sexuale a partenerului, uneori mai vîrstnic. Unele femei se adaptează ușor situației, prin tratamente hormonale și prin dietă, păstrîndu-și silueta, conturul pieptului, vioiciunea; altele, exagerază. Adeseori, un anumit mediu social, retrograd și tradiționalist, atribuie pe nedrept femeilor trecute de vîrsta mijlocie o imagine devalorizată, negîndu-le sexualitatea și contribuînd astfel la apariția tulburărilor neuropsihice, la demoralizarea și îmbătrînirea lor. Dacă femeia ajunsă la vîrsta a treia continuă să ducă viața normală din punct de vedere al activității cotidiene și sexual, ea își păstrează moralul ridicat și își prelungește viața activă, utilă societății.

Andropauza adeseori trece neobservată la bărbați. Rărirea frecvenței raporturilor sexuale se produce treptat. În condițiile trepidante ale vieții contemporane, la care se adaugă factorii poluanți nocivi și mai ales stressurile, se observă la mulți bărbați adulți tulburări de erecție, la femei scăderea apetitului

sexual, iar la vîrstnici ameliorarea pulsionii sexuale. Deși la această vîrstă erecția la bărbați este mai laborioasă, totuși are posibilități să fie prelungită prin controlul momentului ejaculării, iar perioada refractară este mult alungită.

Dr. Anatolie CRESIN

TENDINȚE SPRE LONGEVITATE

Longevitatea cuprinde grupa de vîrstă care tinde să atingă durata maximă de viață și exprimă la nivelul populației proporția persoanelor care ajung și depășesc etatea de 85—90 de ani, în cadrul unei colectivități. Se apreciază că durata de viață ar putea fi de 5—6 ori perioada de creștere și s-ar putea ajunge la vîrsta de 120—140 de ani, fapt deosebit de optimist. În țara noastră se constată în ultimele decenii o creștere progresivă a numărului persoanelor longevive; de exemplu, dacă în anul 1956 au fost 33 798 de persoane de peste 85 de ani, în anul 1977 numărul lor a ajuns la 86 594, iar în anul 2000 se estimează că va crește de 2,4 ori față de anul 1977.

Longevitatea, ca parte pozitivă a bătrîneții, reflectă influența unui complex de factori care țin de organismul uman și de mediul extern. De aceea, gerontologia, știința care studiază și aceste aspecte, oferă mai multe „rețete” menite să asigure o bătrînețe demnă și frumoasă, deoarece în determinismul îmbătrînirii concură o sumă de procese și mecanisme. Remedii nu fi, prin urmare, un mănunchi de recomandări pe care să ni le înșușim fiecare și pe care să le urmăm încă din primii ani de viață, printr-o atitudine comportamentală corespunzătoare.

Desigur, un rol deosebit de important îl joacă ereditatea, zestrea genetică conferind multor organisme un set de forțe capabile să depășească situații stressante, să evite sau să învingă bolile, să-și mențină un tablou homeostatic care să le dea posibilitatea să atingă vîrsta potențială. Așa se explică de ce



dintre longevivi 62 la sută sînt descendenții a două sau trei generații de longevivi. Un alt factor, cu o puternică influență asupra bătrîneții, îl reprezintă bolile, ele determinînd moartea în marea majoritate a cazurilor, la decade de vîrstă premergătoare longevității. Cei care au scăpat însă de bolile cronice — între care ateroscleroza ocupă locul principal în perioada de viață dintre 45 și 65 ani, și de bolile de senescență au marea șansă să atingă „vîrsta de aur”. Dar aceasta se obține numai printr-o îmbătrînire firească, printr-o menținere a stării de sănătate mintală și fizică. În această concepție, medicina trebuie să se ocupe nu numai de omul bolnav, ci și de cel sănătos, longevitatea trebuie să fie bine pregătită, deoarece ea reprezintă și o stare de spirit, printr-o atitudine comportamentală care trebuie adoptată din copilărie și vîrsta adultă. Aceasta presupune o disciplină a pregătirii școlare și în general a muncii, un anumit ritm de muncă și odihnă, o profesiune exercitată cu plăcere, o policalificare (care să permită adaptarea la progresele tehnice), petrecerea activă și utilă a timpului liber, evitarea factorilor de risc și menținerea stării de sănătate. În acest sens, școala românească de gerontologie preconizează introducerea consultației gerontologice profilactice, ca o modalitate de a interveni activ în pregătirea unei bătrîneți și longevități sănătoase. Această consultație, în cadrul conceptului larg de gerontoprofilaxie, urmărește întîrzierea

procesului de îmbătrînire și menținerea lui în limite fiziologice, precum și prevenirea primară și secundară a bolilor cronice degenerative, asociate frecvent îmbătrînirii, care influențează în mod negativ ritmul involuției; pînă la a-i imprima un aspect precoce sau accelerat. Sfatul gerontologic acordat cu acest prilej reunește o seamă de recomandări menite să mențină sănătatea și să prevină bolile. Gerontologia preconizează cele mai adecvate măsuri care privesc individul și colectivitatea, de prevenire a factorilor care accelerează ritmul de îmbătrînire. Dintre aspectele practice ale recomandărilor care se fac cu aceste ocazii reținem, în primul rînd, mișcarea. Practicată continuu, ea are menirea stimulării rezervelor funcționale ale organismului, asigurării unei mai bune adaptări la situațiile de stress fizic și psihic, menținerii „în formă”. Dealtfel, savanții și gînditorii tuturor timpurilor au ajuns la concluzia că munca este cea mai importantă soluție pentru a trăi mai mult, de a nu îmbătrîni.

Alimentația echilibrată constituie un alt mare factor implicat în prelungirea vieții și demonstrat prin numeroasele cercetări întreprinse de către specialiștii gerontologi și nutriționiști. Așa se explică necesitatea educării nutriționale a tuturor grupelor de vîrstă și considerării alimentației ca o problemă a medicinei preventive. Astfel, pentru consumul de proteine, principalele produse sînt reprezentate de

lapte și produse lactate, consumul de carne moderat fiind suficient pentru a satisface necesarul organismului în proteine de origine animală, bogate în aminoacizi, săruri minerale și în vitaminele din grupul B. În Delta Dunării, unde se află un mare număr de longevivi și cel mai mare de centenari, alimentul preponderent este peștele. Aceasta duce la concluzia că aportul de fosfor, iod și de vitamine din grupele A și D poate fi considerat ca un factor favorabil longevității. Diferențe semnificative se găsesc în consumul grăsimilor; în regiunile în care se consumă grăsimi vegetale bogate în acizi grași nesaturați (de exemplu, în Moldova), numărul longevivilor este mai mare. De asemenea, consumul de legume și fructe proaspete și evitarea tutunului favorizează longevitatea. În fine, tot ca un sfat gerontologic mai trebuie reținut și modul cum trebuie folosit timpul liber de către vîrstnici și longevivi. Pentru că dacă preocupările dominante ale vîrstei copilăriei sînt educația și jocul, iar al vîrstei adulte munca și familia, cele ale vîrstei a treia trebuie înțelese în funcție de nevoile ei majore. Numeroase cercetări psihosociale au stabilit ca nevoi ale vîrstnicilor: a face o muncă socialmente necesară, a fi recunoscut ca o individualitate și a-și manifesta propria personalitate, de a-și îngriji sănătatea, a avea o conviețuire convenabilă, un anumit rol în familie, și nevoia unei satisfacții spirituale.

În limitele capacității funcționale corespunzătoare vîrstei a treia orice activitate este posibilă; vîrstnicul poate face o muncă socialmente necesară, el întrucupind înțelepciunea și experiența în familie, fiind deosebit de receptiv față de tropisme axiologice, față de anumite valori etice și morale. Creativitatea este prezentă pînă la cele mai înaintate vîrste, înțelegînd prin aceasta petrecerea timpului liber în elaborarea unei lucrări de artă, literatură, dar și aranjarea locuinței, camerei, grădinii etc.

Școala românească de gerontologie și geriatrie prin fundamentarea conceptului de gerontoprofilaxie oferă „rețetele” unei longevități active, posibilă în contextul actual de promovare a medicinei omului sănătos.

Doctor în medicină
Mircea DUMITRU

UNITĂȚI DE ASISTENȚĂ SOCIALĂ

Pentru asistența socială a vîrstnicilor lipsiți de venituri sau cu venituri mici, pentru vîrstnicii pensionari a căror îngrijire nu poate fi asigurată în familie, în țara noastră funcționează **cămine pentru bătrîni și cămine pentru pensionari**.

Asistența medico-socială a adulților și vîrstnicilor suferinzi de boli cronice, afecțiuni somatice și neuropsihice, nerecuperabili, care prin natura acestor afecțiuni necesită îngrijire și supraveghere permanentă, ce nu li se poate asigura în familie sînt organizate **cămine-spital**.

Activitatea căminelor menționate mai sus este îndrumată de direcțiile județene (a municipiului București) pentru muncă și ocrotiri sociale. Oferim cîteva date referitoare la accesul în aceste unități de asistență socială.

● **Vîrsta minimă la care se pot interna adulții și vîrstnicii în căminele de bătrîni și de pensionari** este pentru femei de 50 de ani și pentru bărbați de 55 de ani. În căminele-spital vîrsta minimă este de 40 de ani pentru femei și de 45 de ani pentru bărbați.

● **Internarea în cămine-spital** se face pe baza stabilirii de către dispensarul policlinic de care aparține solicitantul că afecțiunea de care suferă este cronică și a recomandării internării în căminul-spital. De asemenea, vîrstnicii bolnavi, proveniți din spitale sau din cămine de bătrîni sau de pensionari, cărora nu li se poate asigura îngrijirea în familie, pot fi transferați cu avizul spitalului sau dispensarului policlinic în căminul-spital. Aprobările de internare în căminul-spital se dau de către oficiul de asistență socială din cadrul direcției județene (a municipiului București) de muncă și prevederi sociale. **Nu sînt primiți în căminele-spital adulții și vîrstnicii bolnavi psihici sau suferinzi de boli transmisibile.**

● **Modalitatea de internare** în căminele de bătrîni, de pensionari și în căminele-spital, cu excepția celor bolnavi psihici, este următoarea: solicitantul adresează cererea Oficiului de asistență și prevederi sociale din cadrul D.P.M.O.S. a județului în raza căruia domiciliază sau a municipiului București. Ea este însoțită de un dosar care cuprinde: copii simple neautentificate de notariatul de stat de pe actele de naștere, căsătorie, divorț sau deces (al soțului, soției), talonul de pensie, recomandarea unității sani-

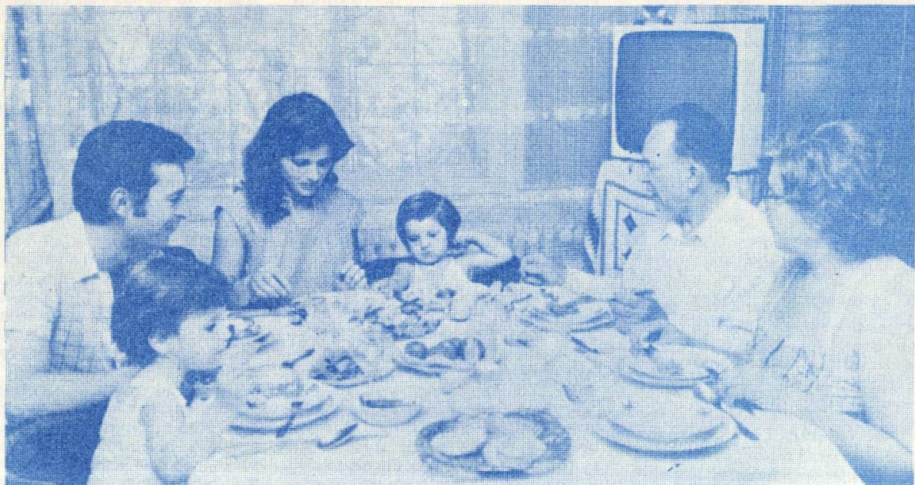
tare de care aparține, actul de stare materială (eliberat de secția financiară pe raza căreia domiciliază), angajamentul vîrstnicului sau al susținătorului legal că va achita contribuția de întreținere, însoțit — în cazul susținătorului — de o adeverință privind retribuirea acestuia. Oficiul de asistență socială efectuează o amănunțită anchetă socială cu sprijinul asociației de locatari, al comisiilor de Cruce Roșie și de femei de cartier (al comitetelor comunale) în cadrul căreia se analizează dacă cererea a fost făcută din proprie inițiativă sau din indemnul răuvoitor al altor persoane, dacă vîrstnicul sau adultul este suferind și nu are posibilitatea să se autointrețină.

● **Contribuția persoanelor care se internează în cămine de bătrîni, de pensionari sau cămine-spital** este în raport de veniturile lor. Persoanele cu venituri proprii permanente suportă o contribuție de întreținere în funcție de aceste venituri, cuantumul lor mergînd pînă la plata integrală a costului întreținerii. Dacă persoana care solicită internarea nu are venituri sau acestea sînt insuficiente pentru achitarea contribuției integrale, diferența se suportă de către susținătorul legal în raport cu nivelul venitului familiei sale și cu numărul persoanelor întreținute din acest venit. Persoanele care nu au venituri proprii, nu au soț (soție), copii, părinți sau alt susținător legal cu posibilități de a plăti contribuția beneficiază de întreținere gratuită.

SECVENȚE

Fooyai, cuvînt care în limba thailandeză înseamnă eveniment, este atribuit celor care implinesc vîrsta de 60 de ani, ca un omagiu pentru faptul că au reușit acest „record”. Termenul reflectă însă considerația ce se acordă sexagenarilor, sărbătorii de familie și prieteni printr-un ritual special, petreceri și chiar mici spectacole. Respectul față de vîrstnici dăinuiește de milenii și la poporul thailandez, fiind reflectat în dictonul „Pentru a-ți face o părere despre o tînară fată este de ajuns să o privești pe mamă și s-o observi pe bunica”. ● **Emblema O.M.S.** pentru Ziua mondială a sănătății 1982 reprezintă desenul stilizat al arborelui „Ficus benghalensis”, considerat simbol al longevității. ● **Realizatorul emblemei**, artistul Oscar Berger, este în vîrstă de 80 de ani. ● **După opinia gerontologilor**, perioada vîrstei adulte durează pînă la vîrsta de 50 de ani. Etapa între 50 și 60 ani este considerată de tranziție. Între 60 și 75 de ani, etapa vîrstnicilor. Între 76 și 90 de ani etapa bătrînilor, iar peste 90 de ani etapa longevivilor.

FAMILIA ÎN JURUL MESEI



O deprindere, bună sau rea, se modelează de obicei prin imitarea celor din jur, prin educație și prin repetarea unui anumit mod de alimentație. Deprinderea alimentară este un fenomen complex care cuprinde: preferința pentru anumite alimente și dezinteresul pentru altele, modul de preparare culinară și de păstrare, ambianța în care se consumă meniurile, repartizarea meselor în cursul zilei. Formată în copilărie, ea este bine consolidată, stabilă, persistând adesea toată viața. Așa se explică de ce un adult își exteriorizează plăcerea și buna impresie pe care i-a lăsat-o un preparat culinar, spunând că a fost „ca la mama acasă”.

Înșușirea de către copii și adolescenți a unui comportament alimentar corect induce importante avantaje imediate și îndepărtate dintre care menționăm: **dezvoltarea armonioasă fizică, mintală și afectivă, prevenirea apariției, în perioada adultă sau la vîrsta a treia, a bolilor de nutriție și degenerative** (obezitatea, creșterea grăsimilor în sînge, ateromatoza și complicațiile sale cardiovasculare, diabetul, guta, hipertensiunea arterială, litiaza biliară și renală, unele hepatite cronice, bolile digestive cronice); sînt numeroase studiile care au demonstrat că profilaxia acestor stări patologice trebuie să înceapă din copilărie. De asemenea, contribuie la stabilirea unor relații interumane agreabile; să nu uităm că pentru om consumul hranei este un act important, repetat de cîteva ori pe zi și cu multiple implicații psihosociale. Stringerea membrilor unei

familii în jurul mesei este o formă eficientă de legătură, de comunicare a gîndurilor, sentimentelor și atitudinilor, de creștere a afecțiunii reciproce între părinți și copii. Sărbătorirea unor evenimente importante-personale sau ale societății – include de obicei și un prînz cu caracter festiv. Modul de alimentație este o fațetă a comportamentului și contribuie la conturarea personalității umane.

În schimb, greșeli alimentare comise frecvent de copii și adolescenți se pot transforma, prin repetare, în deprinderi durabile dăunătoare, cu consecințe negative asupra sănătății. Astfel, renunțarea la micul dejun (din cauză că tînrul se scoală tîrziu și caută să recupereze timpul, a grabei cu care se pregătește pentru plecarea la școală, facultate sau la locul de muncă) face ca organismul copilului sau al adolescentului să fie privat de substanțele nutritive necesare tocmai în perioada de intensă solicitare fizică și intelectuală. În aceste condiții, după cîteva ore survine oboseala, somnolența, scăderea atenției și a randamentului. Studii întreprinse în unități industriale au arătat creșterea frecvenței accidentelor de muncă către sfîrșitul programului la persoanele care vin la lucru fără să fi luat micul dejun. Absența gustării de la ora 10–11 sau înlocuirea ei cu alimente dezechilibrate din punct de vedere nutritiv, cum sînt dulciurile, creează între micul dejun și masa de prînz un spațiu foarte mare. La efectele ei negative arătate mai sus se adaugă creșterea senzației de foame, ceea ce face ca la prînz să se con-

sume o cantitate exagerată de alimente care depășește capacitatea de digestie normală. Din această cauză apare o senzație dezagreabilă de plenitudine după masă, datorită faptului că alimentele nu sînt bine digerate; cu timpul tubul digestiv, începînd cu stomacul, dă semne de oboseală și tinărul suferă de gastrită, duodenita, enterocolită. Nerecomandate sînt și mesele de seară tardive sau prea bogate înainte de culcare.

Obiceiul de a „ciuguli” între mese este dăunător sănătății, mai ales dacă aceste gustări dezordonate sînt constituite din produse cu mare valoare calorică (prăjituri, bomboane, fursecuri, cozonac, chec, ciocolată alune prăjite ș.a.). Un exemplu tipic de un astfel de comportament îl oferă cei ce urmăresc un număr mare de ore emisiunile de televiziune ronțîind, adesea inconștient, din bunătățile de pe masă. Prin acest obicei nu se lasă răgaz aparatului digestiv să se evacueze și să se repaueze; se strică pofta de mîncare pentru produse alimentare necesare; în plus este o modalitate discretă de îngrășare. Nerespectarea programului de masă, sărirea unor prînzuri sau consumarea lor în fugă, în stare de enervare sau de preocupare, duc la dereglarea reflexelor condiționate formate, cu rol important în digestie și absorbție.

Rafinarea este o operație industrială prin care unele substanțe nutritive valoroase se îndepărtează din alimente, iar altele se concentrează. Exemplul cel mai tipic îl constituie zahărul. El conține numai zaharoză, fiind complet lipsit de alte substanțe nutritive (proteine, elemente minerale, vitamine). Deci orice produs care conține zahăr, ca un component principal, va fi profund dezechilibrat din punct de vedere nutritiv. Un alt exemplu îl constituie preparatele obținute din făină albă (pîlne, produse de panificație și de patiserie, paste făinoase, biscuiți, prăjituri). Făina albă este foarte săracă de vitamine (mai ales B₁ și E) și de materialul fibros care rămîne în tărîțe. Atracția exagerată către produsele alimentare rafinate se manifestă frecvent la copii și adolescenți; de asemenea, consumul insuficient de legume și fructe. În special de legume, acestea nefiind acceptate cu plăcere de către copii, deși ca și alte grupe de alimente sînt indispensabile organismului tînăr.

Educația are un rol de seamă în formarea deprinderilor alimentare corecte. Ea trebuie făcută perseverent și sistematic, pe toate căile posibile, mai ales prin intermediul școlii. Cantinele școlare, bine îndrumate și gospodărite, ar putea contribui la formarea unor deprinderi corecte. O altă modalitate eficientă de influențare a comportamentului alimentar o constituie exemplul dat de părinți. Obiceiurile lor alimentare sînt însușite aproape întotdeauna de copii. Sînt familii în care bunicii, părinții și copiii sînt obezi. În astfel de familii, mai mult decît predispoziția ereditară, se moștenește obiceiul de a minca mult. De aceea și în domeniul educației nutriționale a tinerelor generații totul trebuie început cu educarea educatorilor, adică a părinților, a cadrelor didactice și a conducătorilor direcți ai procesului de producție.

Conf. dr. Sebastian DUMITRACHE
I.M.F. București



ALIMENTAȚIA ÎN RELAȚIA: SEX, ACTIVITATE, VÎRSTĂ

Viața și activitatea omului pretind un oarecare necesar de energii, care se exprimă în energie calorică. O exprimare oarecum prea modestă în etapa actuală cînd omul parcurge spații interplanetare, executînd programe de lucru ale căror rezultate, la fel ca și modificările fiziologice ale organismului său sînt transmise și înregistrate în laboratoarele și centrele de cercetări de pe Terra.

Necesarul de calorii a fost calculat cu zeci de ani în urmă, dar, deși acele determinări și date au fost bine întocmite, au corespuns necesităților de atunci. De aceea este necesar să fie revizuite în etapa actuală de modernizare a tehnicii, de înaltă mecanizare și automatizare a proceselor de producție. Din același punct de vedere trebuie privită și întocmirea meniului zilnic azi. Dintre numeroasele exemple este de ajuns să amintim că acum cîteva decenii un țăran parcurgea pe jos 4-5 km pînă cînd ajungea la bucata respectivă de pămînt, unde secera sau cosea din zori de zi și pînă în noapte, după care se întorcea acasă străbînd iar pe jos distanța respectivă. Fără îndoială a avut o cheftuială de energie de peste 5 000 de calorii. Astăzi muncitorul agricol este transportat la locul de muncă unde execută munca mecanizat, în majoritatea cazurilor conducînd combina sau tractorul. Nici mulsul manual nu este o muncă ușoară, mai ales cînd trebuie realizat la 30-50 de vaci. Dar astăzi majoritatea fermelor noastre sînt dotate cu dispozitive electrice, mulgătorii spălînd doar ugerile și conectînd aparatele, după care aranjează bidoanele cu lapte pentru transport. Furajele și dejecțiile sînt transportate în multe unități agricole pe bandă rulantă, fără să necesite o forță excesivă de muncă. În aceste condiții necesarul de energie a unor categorii de muncitori agricoli a scăzut de la 5 500 la 3 500-3 800 de calorii.

Muncitorul metalurgist depune astăzi o activitate cu totul deosebită față de deceniile precedente. În majoritatea locurilor de muncă el dirijează o mașină care ridică tone de metal față de zecile de kilograme pe care pe timpuri le trăgea cu eforturi considerabile spre gura furnalului. Astăzi, strungarul prin comutarea citorva butoane programează activitatea unei mașini care, în mod automat, realizează piesa proiectată. Cu toate că uzina este situată departe de cartierul unde locuiește, transportul la domiciliu îi este asigurat cu autobuze sau chiar cu mașina proprie. În urma mecanizării și automatizării proceselor de muncă o bună parte dintre muncitorii metalurgiști desfășoară mai mult o muncă intelectuală decât fizică, de aceea cheltuiala de energie care altădată era de 4 000-5 000 de calorii, azi se apreciază la 3 200-3 500 de calorii.

Chiar munțile gospodărești se realizează cu efort mai redus. În trecut, pentru a coace piinea, gospodina se scula în zori pentru a-și pregăti aluatul, a tăia lemne și a face focul; deci cheltuia o cantitate considerabilă de energie. Astăzi cumpără sortimentul dorit de piine de la magazinul din apropiere. Altădată consuma 3 200-3 800 de calorii pentru tăierea, mărunțirea, omogenizarea unor alimente, pentru a spăla rufe și pentru a curăți încăperile. Astăzi femeile, beneficiind de o seamă de utilaje gospodărești - aspirator, mașină de spălat rufe, aragaz etc. -, cheltuiesc în activitatea casnică numai 2 600-2 800 de calorii. Acest nou quantum al consumului de energie duce și la modificarea substanțială, din punct de vedere cantitativ și calitativ, a alimentației.

Numărul de calorii al unei persoane se compune din metabolismul bazal și energetic ce derivă din munca depusă. Valoarea acestui metabolism derivat din muncă trebuie individualizată conform stării fiziologice și activității depuse la locul de muncă și în afara ei. De exemplu, un muncitor care după terminarea activității în uzină lucrează acasă 2-5 ore în grădina are nevoie în plus de 5 calorii pe minut, în afara celor necesare activității de la locul de muncă. Particularități în privința bilanțului energetic are și femeia, metabolismul ei bazal fiind însă mai mic cu 200-400 de calorii față de cel al bărbatului de aceeași vîrstă și greutate corporală, datorită unei economisiri fiziologice mai adecvate. Metabolismul energetic al gravidei crește cu 300-400 de calorii în ultimele luni de sarcină, iar în perioada alăptării necesită cite o calorie pentru fiecare cmc de lapte secretat (de exemplu, pentru a asigura sugarului un litru de lapte trebuie să crească valoarea calorică a alimentației sale zilnice cu 1 000 de calorii).

Valoarea metabolismului bazal este raportată la suprafața corpului, fiind dependentă de înălțimea și greutatea individului. De exemplu, necesarul caloric zilnic al organismului unui adult în etate de 40 de ani, înalt de 170 cm, cu o greutate de 70 kg și o suprafață de 1,78 mp este de 40 cal/mp/oră, deci de 1 708 calorii pe zi. La o femeie de aceeași vîrstă și înălțime, cu greutatea de 60 kg, necesarul caloric este de 1 440 de calorii. Datele sînt orientative, fiind dependente și de parametrii stării fiziologice sau morbide a organismului, de vîrstă și de factorii fizici externi. De exemplu, hiperactivitatea glandei tiroide (boala Basedow) face să crească metabolismul bazal cu 20-40 la sută, necesarul minim fiind de 1 600-2 200 de calorii. Un băiat în vîrstă de 14-15 ani are nevoie de 2 900-3 100 de calorii pe zi, în timp ce un vîrstnic de peste 60 de ani numai de 2 000-2 200 de calorii.

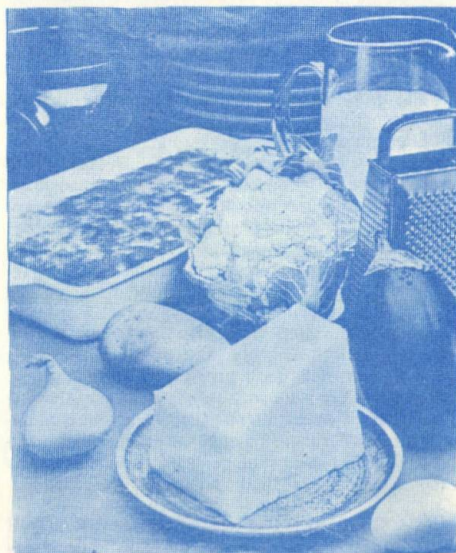
Valoarea metabolismului energetic se poate calcula cu exactitate dacă în cursul procesului muncii se măsoară pe o perioadă bine definită volumul oxigenului folosit de organism sau al bioxidului de carbon expirat. Aplicînd acest principiu se constată

diferențe mari în consumul energetic chiar la aceleași categorii de muncitori. De exemplu, seceratul manual solicită omului 350 de calorii pe oră, dar celui care conduce combina numai 175 de calorii pe oră.

Cum se poate ca ținînd seama de factorii biologici și de cei economici, fiecărui om al muncii să i se asigure la cantină un meniu conform cerințelor sale fiziologice fără a se abuza? O soluție ar fi să se pregătească o varietate de feluri de mîncare, iar alături de preț să se indice și valoarea calorică. Consumatorul, cunoscînd cerințele sale calorice reale, ar alege preparatele culinare potrivite și astfel ar mîncă științific, conform necesarului real, realizînd și o economie apreciabilă. Dar un regim alimentar adecvat se poate realiza și în familie, acolo unde există bune tradiții. Femeia din vechi timpuri a ales bucată mai mare pentru soțul care nu numai că era capul familiei, dar și muncea din zori și pînă seara, copiilor bucată mai mică, dar gustoasă, iar bunicilor carne mai moale și porții mici - după placul lor. Astăzi preocuparea de a asigura necesarul de calorii fiecărui membru al familiei, corespunzător vîrstei și muncii pe care o depune în scopul unei alimentații științifice trebuie să se manifeste în primul rînd în familie. De exemplu, un om care prin activitatea sa are nevoie de mai multe calorii va consuma o porție mai mare de slănină (80 g = 600 de calorii), iahnie de fasole (100 g = 345 de calorii), piine (2 bucăți = 520 de calorii), dulciuri (100 g = 336 de calorii), fructe (300 g = 180 de calorii) totalizînd în plus circa 2 000 de calorii față de un alt membru al familiei care defășoară o activitate mai ușoară.

Nu ne-am propus să dezbătem cerințele calității alimentației și nici realizarea lor cu ajutorul artei culinare, dar rolul gospodinei și talentul ei de a pregăti din alimente obișnuite mîncăruri gustoase, nutritive și cu valoare calorică este deosebit de important și trebuie exercitat cu deplină competență.

Prof. dr. Carol BEDÖ
I.M.F. Tg. Mureș



7 MENIURI PENTRU 7 FAMILII



Pentru a orienta pe cititori asupra modului cum se poate asigura valoarea calorică a meniului zilnic — în familie, în raport de vîrstă, sexul, specificul activității și al efortului fizic depus de fiecare persoană, prezentăm 7 meniuri pe o zi pentru 7 familii cu număr variabil de membri, de diferite vîrste și activități. Meniurile sînt concepute pentru oameni sănătoși, realizabile în anotimpul rece, în majoritatea cazurilor masa de prînz considerîndu-se că se servește la cantina de la locul de muncă sau la cea școlară, iar necesarul caloric, zilnic, fiind cel mediu.

Meniul I — pentru o familie compusă din tată forjor (3 500 calorii), mamă croitoreasă (2 800 calorii), un băiat (elev) de 18 ani (3 000 calorii) și un băiat de 10 ani (2 500 calorii).

Tatăl: micul dejun — omletă din 2 ouă, ceai cu zahăr, 50 g piine (490 calorii), prînzul la cantină (1 500 calorii) și cina — pilaf sîrbesc cu salată de sfeclă, varză cu carne, ruladă cu gem, 150 g piine (1 510 calorii). **Mama:** micul dejun — ceai cu zahăr, unt, gem și 50 g piine (290 calorii), prînzul la cantină (1 000 calorii), cina ca și tatăl (1 510 calorii). **Băiatul de 18 ani:** micul dejun ca tata (490 calorii), la ora 10 — 50 g brînză topită, 50 g piine, 1 măr (350 calorii), prînzul la cantina școlară (900 calorii), la ora 16 cartofi cu margarină și iaurt (630 calorii) și cina — pilaf sîrbesc cu salată de sfeclă, 100 g piine, fructe (630 calorii). **Băiatul de 10 ani:** micul dejun — cafea cu lapte, 40 g piine, 10 g unt și 20 g gem (524 calorii), la ora 10 — un ou fiert, o chiflă și un măr (262 calorii), prînzul la cantina școlară cu fratele său (900 calorii), la ora 16 — un iaurt și 50 g biscuiți (184 calorii), cina ca și fratele său (630 calorii).

Meniul II — pentru o familie compusă din tată strungar (3 000 calorii/zi), mamă casnică (2 400 calorii/zi) și copii — de 12 ani (2 500 calorii/zi), 5 ani (1 800 calorii/zi).

Tatăl servește la micul dejun ceai cu 15 g zahăr, 20 g brînză topită și 50 g piine (250 calorii), prînzul la cantină (1 100 calorii) și la cină ciulama de pasăre cu mămăliguță, șnițel de parizer cu cartofi natur și salată, cremă de zahăr ars și 100 g piine (1 650 calorii). **Mama** la același mic dejun ca tatăl (250 calorii), la ora 10 cafea cu 50 g biscuiți și 1 măr (300 calorii), la prînz borș de dovlecei, ciulama de pasăre cu mămăliguță și cremă de zahăr ars (970 calorii), la ora 16 iaurt și 50 g piine (190 calorii), la cină șnițel de parizer cu cartofi natur, salată, 50 g piine și 1 măr (680 calorii). **Co-**

pilul în vîrstă de 12 ani mănîncă același meniu ca și mama, dar la gustarea de la ora 10 servește două felii de chec cu rahat și 1 măr (400 calorii).

Copilul în vîrstă de 5 ani la micul dejun cafea cu lapte cu zahăr și 50 g biscuiți (250 calorii), la ora 10 smîntînă cu piine (180 calorii), la prînz ca și mama, la ora 16, 50 g biscuiți cu gem (300 calorii), iar la cină macaroane cu brînză de vaci preparată în casă și mere (300 calorii).

Meniul III — pentru o familie compusă din ambii părinți muncitori agricoli — tatăl, necesar caloric mediu 3 500 calorii, mama — 3 200 calorii și un băiat în etate de 14 ani — 2 900 calorii.

Toți servesc același mic dejun — ceai, 50 g piine, 20 g margarină și 30 g miere (400 calorii); aceeași gustare la ora 10 (ou fiert, 50 g piine și 1 măr, copilului 2 mere (350—370 calorii), la ora 16 — 250 ml lapte bătut, 50 g piine (250 calorii) și aceeași cină: salată orientală cu cartofi, ceapă, măsline, roșii, morcovi și ulei, griș cu lapte cu dulceață (1 000 calorii).

Meniul IV — pentru o familie compusă din tata economist (2 600 calorii/zi), mama profesoara (2 400 calorii/zi) și o fată de 16 ani (2 500 calorii/zi).

La micul dejun servesc ceai cu 50 g piine, unt și brînză topită (450 calorii); la ora 10 — o chiflă, 50 g parizer, 1 măr (417 calorii); la prînz — supa de roșii, ghiveci cu carne, înghețată de piersici din compot, 50 g piine (1 000 calorii), la cină — ou în cuib de cartofi, cafea cu lapte cu zahăr, 50 g piine și unt (743 calorii). Mama mănîncă pe zi însa numai 200 g piine, iar ficele i se suplimentează meniul cu 300—350 g fructe (mere, pere).

Meniul V — pentru o familie în care ambii părinți sînt funcționari, tatăl (2 500 calorii/zi), mama (2 300 calorii/zi) și au doi copii: de 7 ani (2 200 calorii/zi) și de 1 an (1 400 calorii/zi).

Părinții servesc la micul dejun ceai cu zahăr, 50 g piine, 20 g margarină și gem (450 calorii), iar copilul de 7 ani: lapte, piine și gem (340 calorii); la ora 10 **tata** — crema „Excelent”, 50 g piine și 1 măr (300 calorii), **mama** — iaurt și o chiflă (150 calorii), **copilul de 7 ani** — chiflă cu parizer (160 calorii); la prînz **părinții și copilul de 7 ani:** ciorbă de zarzavat, ostropel de pui cu garnitură de cartofi soteu, compot, 100 g piine, cu deosebirea că rația de carne de pui este 50 la sută la copil față de părinți însumînd 1 000 calorii pentru părinți și 800 calorii pentru copil; gustarea de la ora 16 pentru copilul de 7 ani: biscuiți cu rahat și un măr (90 calorii); cina, **pentru toți** — un ou ochi

românesc cu mămăliguță și orez cu lapte (800 calorii).

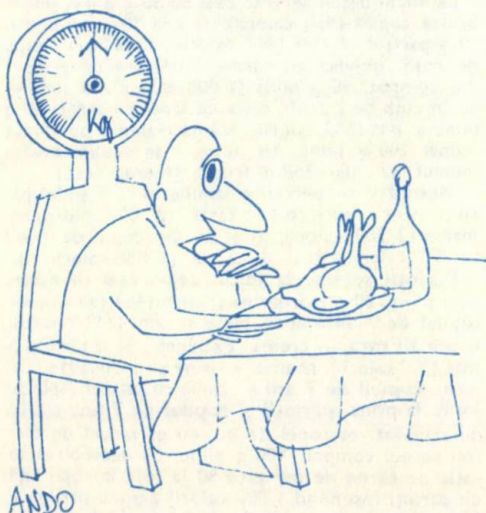
Repartiția caloriilor pentru **copilul de 1 an** este: 250 la micul dejun, 280 la ora 10, 440 la prinz, 180 la ora 16 și 250 la cină.

Meniul VI (pentru o familie compusă din doi pensionari: soțul 70 ani (2 300 calorii), soția, 65 ani (2 100 calorii) este următorul: micul dejun — ceai cu zahăr, piine, margarină și brinză de vaci preparată în casă (250 calorii); ora 10 — iaurt cu 50 g biscuiți (300 calorii); prinz — supă de zarzavat cu găluști, sufleu de dovlecei cu carne și mere coapte cu zahăr (860 calorii); ora 16 — grîș cu lapte (340 calorii); cina, soțul — budincă de legume și corăbioare (550 calorii), soția — budincă și compot (450 calorii).

Încheiem cu **meniul VII** — masa de duminică, la care participă **părinții** (2 400 calorii fiecare), **bunicii** (2 240 calorii fiecare) și **doi nepoți** — de 9 ani (2 300 calorii) și 3 ani (1 400 calorii).

La micul dejun **părinții, bunicii și copilul de 9 ani** cornuri umplute cu cașcaval, ceai cu zahăr (300 calorii), iar pentru **copilul de 3 ani** lapte, piine, unt, gem (200 calorii); la ora 10 — pentru toți crenguștii muștar (400 calorii), iar pentru copilul de 3 ani mere rase cu biscuiți (200 calorii); prinzul — borș de perișoare, șnițel natur cu soteu de legume și clătite cu dulceață (1 300 calorii); ora 16 — 100 g mere (40 calorii); cina — macaroane cu brinză și compot (360 calorii). Copilului în etate de 3 ani i se dă la prinz supă de carne cu tăieți, friptură de pasăre cu pireu de cartofi, clătite cu dulceață (740 calorii), la ora 16 iaurt cu biscuiți (100 calorii), iar la cină: omeletă și compot (160 calorii).

Rodica CONSTANTINESCU
soră dieteticiană,
Spitalul clinic „Dr. I. Cantacuzino”



Conduita alimentară după 60 de ani

La vîrstnici cîteva cauze pot contribui ca alimentația să se realizeze defectuos și să aibă uneori un răsunset nefavorabil asupra sănătății. Astfel, edentația (parțială sau totală) poate duce la imposibilitatea unei masticații corecte, adesea motiv de malnutriție. (După vîrsta de 80 de ani, protezele dentare sînt adesea neacceptate și nefuncționale; de aceea, nici nu este util să fie prescrise decît pentru aspectul estetic). Adesea perceperea gustului sărat dispăre, rămînd numai a celui dulce, fenomen ce poate explica unele dezechilibre alimentare, cu atît mai mult cu cît alimentația hiposodată reduce foarte mult pofta de mîncare. Trebuie deci ca medicul să indice alimentele echivalente pentru ca aportul proteic să fie corect, consumul de carne rămînd cel rațional (1—2 ori pe săptămînă). Este foarte important ca vîrstnicul să nu fie prea des în situația de a mînca singur, izolarea aducînd treptat nu numai tristețe, desul de frecvent asociată cu înaintarea în vîrstă, dar ducînd și la scăderea poftei de mîncare, uneori greu de remis prin vreo medicație, fiindcă, după cum se știe, „pofa vine mîncînd”.

Conduita alimentară ține adesea de obiceiurile familiale. Astfel, se impun vîrstnicilor, fără justificare, diete restrictive, neglijîndu-se faptul că la bătrîni, ca și la adulții tineri, apetitul poate fi la un moment dat dependent și de stările afective. Îngrijorarea este justificată numai dacă astfel de situații se prelungesc. Oricum, dezechilibrele alimentare la vîrstnici sînt motivate frecvent de starea lor psihologică, adesea cu totul alta decît cea din tinerețe și care rezidă într-o schimbare comportamentală inclusiv față de alimentație. Din aceste motive și din cele care țin de patologia somatică, alimentația vîrstnicului este, cel puțin din punct de vedere caloric, sub necesitățile organismului, deși ea trebuie să fie dependentă de o serie de factori: activitatea fizică, existența (sau nu) a unor boli cronice, obiceiurile familiale sau personale în ceea ce privește conținutul meselor pricipale și valoarea lor calorică. Rația zilnică trebuie să fie de 1 800—2 300 de calorii, cu nuanțele care țin de criteriile enumerate. Un reper simplu de apreciere asupra rației alimentare utile este urmărirea greutății corporale, care e bine să rămînă mereu aproximativ aceeași, stabilitatea ponderală fiind un semn de sănătate.

Proteinele trebuie să reprezinte 10—20% din rația globală (adică 65—100 g pe zi). O problemă mai particulară o constituie consumul de hidrocarbonate, atît pentru vîrstnicul sănătos cît și pentru cel cu valori ale glicemiei (zahărul în sînge) mai mari de 1,40 g la mie. Există opinia, demonstrată științific, că odată cu înaintarea în vîrstă se produce și o așa-zisă „diabetizare”; este vorba de un nivel mai cres-

cute al glicemiei, care apare în condițiile sclerozei vasculare, a consumului periferic mai redus de glucoză, a îmbătrânirii pancreasului etc. Dealtfel, glucoza este necesară pentru păstrarea integrității metabolice la nivelul creierului ce are în mod obligatoriu nevoie de o concentrație glicemică suficientă pentru o activitate normală. Ideea că ateroscleroza se datorează consumului de grăsimi este cunoscută oarecum eronat și duce la excluderea grăsimilor din alimentație, măsură care poate fi valabilă numai într-o serie de boli. Rația zilnică de lipide la vîrstnicul normal trebuie să fie în medie apreciată proporțional cu celelalte trofine, la 32%. Deci, 12% proteine, 32% lipide și 56% glucide. În aprecierea acestor proporții se are în vedere vîrsta subiectului, greutatea corporală și activitatea sa, reducîndu-se la nevoie în special procentul glucidelor și lipidelor, respectîndu-se echilibrul clasic realizat din proporția egală de proteine animale și de proteine vegetale (de exemplu, carnea conține 20% proteine, laptele 35%, brînză 30—35%, pește 15—20%, piinea 7%). Raportul dintre grăsimile vegetale și cele animale poate avea o variabilitate de la 1/1 la 2/3. Nevoile zilnice de oligoelemente pot fi următoarele: calciu 1 g, fosfor 1,50 g, fier 12 mg, iod 1,5 mg, cupru 1—2 mg. Regimul hipolipidic sau hipocolesterolémiant nu-și are justificarea întrucît ateroscleroza este deja instalată.

În ceea ce privește vitaminele, unui vîrstnic sănătos, în greutate de 60 kg îi sînt necesare: vitamina A = 5 000 U, vitamina B1 = 1—1,3 mg, vitamina B2 = 1—1,8 mg, vitamina B6 = 10 mg, vitamina E = 1,6 mg, vitamina C = 75 mg, acidul nicotinic = 10—13 mg, vitamina D = 400 UI. Nevoile în lichide sînt estimate la 1,5 litru pe zi, iar un pahar cu vin la o singură masă, din cînd în cînd, are efecte benefice (de notat că alcoolul aduce 7 calorii pe gram). Dar alimentația vîrstnicului trebuie orientată în mod obișnuit către legume proaspete, brînzeturi, ouă, pește. În ceea ce privește carnea (de pasăre, rar de vită) să se consume numai slabă, excluzîndu-se cea de porc. Aportul de sare să fie de 6—8 g pe zi, regimurile hiposodate fiind prescrise numai celor cu afecțiuni care impun această măsură.

Regimurile restrictive într-o serie de afecțiuni trebuie conduse cu prudență, mai ales în cazul obezității, boală destul de rară după depășirea vîrstei de 70 de ani. Se va evita demineralizarea, cînd se impune totuși o cură de slăbire, situație în care 3—4 mese echilibrate sînt suficiente pentru a se obține rezultatele scontate. În condiții de spitalizare se pot realiza, cu rezultate excelente, regimuri alimentare în palier, pornindu-se de la 220 de calorii pe zi, trecîndu-se treptat la 600, 900, 1 200—1 800 de calorii pe zi. La Iași, vîrstnicii își reiau regimul alimentar adecvat activităților pe care le desfășoară, fiind supravegheați ponderal de cabinetele de geriatric și de nutriție din cadrul dispensarului policlinic municipal, îndrumate de clinica noastră.

Regimurile dietetice nu diferă la diabeticii vîrstnici de cele ale celor tineri sau maturi, deosebirile fiind mai ales în raport cu greutatea

corporală, obezitatea întîlnindu-se mai rar la vîrstnici. Dieta, medicația (cînd este necesară), administrarea insulinei se realizează după principiile clasice, cercetările noastre arătînd în cazurile insulinodependente o evoluție adesea în afara complicațiilor severe, dacă tratamentul a fost instituit la timp și nu a fost tergiversat pe considerentul eventualei evoluții favorabile, fără insulină.

Dr. Jan HURJUI
șef de lucrări,
Clinica medicală V I.M.F. Iași

Anotimpuri și meniuri

Cunoscător în grade variate al normelor de alimentație fiziologică prin care se promovează sistematic concomitența criteriilor de varietate, calitate și echilibru în alcătuirea meniurilor zilnice în funcție de unii parametri fiziologici (vîrstă, sex, perioade de creștere, maternitate) și profesionali (solicitări energetice și ambientale), omul contemporan devine adeseori conștient în comportamentul alimentar, punîndu-l pe seama disponibilităților de hrană și în al doilea rînd pe baza salubrității și valorii ei nutriționale. Consecințele sînt reflectate în structura morbidității și mortalității din diferite țări și atrag atenția asupra intensificării măsurilor de profilaxie primară pe multiple planuri ale existenței umane. Conceptul de optimizare a nutriției confirmă, printre altele, necesitatea aplicării constante a principiilor sale indiferent de anotimp, deși între fiecare sezon, privit ca depozitar de resurse alimentare, și colectivitățile umane se stabilesc relații diferențiate extrem de complexe.

Primăvara găsește organismul în plină desfășurare a proceselor de refacere a forțelor sale, de adaptabilitate neuroendocrină și metabolică atît față de noua configurație climaticoambientală, cit și față de solicitările variate care acționează în timpul zilei, a cărei durată este din ce în ce mai mare. Produsele alimentare naturale, dar mai ales cele conservate, consumate iarna, mai sărace în vitamine și săruri minerale, ca și erorile frecvent întîlnite în compartimentul alimentar din această perioadă contribuie la diminuarea capacității reacționale organice și la adaosuri ponderale. Așa-numita „asteenie de primăvară” este o consecință firească a influențelor climatice și nutriționale amintite. Urzicile, salată verde, ștevia, spanacul, ceapa, usturoiul, pătrunjelul, unișorul, căpsunile, cireșele, principale resurse de trofine, absente iarna în alimentație, au un puternic rol compensator, de ameliorare a fondului catalitic atît de necesar economiei organismului, aduc variate cantități de vitamine A și C, dar și de calciu, fosfor și fier necesare proceselor de creștere și dezvoltare (la copii), hematopoezei, stimulării funcționale a unor organe și mecanismelor de apărare împotriva diferitelor agresiuni bacteriene, virotice și parazitare.

Meniul unei zile de primăvară care ar însuma circa 3 300 de calorii, ar putea cuprinde **dimineața**: 250 ml de lapte, 10 g de unt sau margarină, 20 g de marmeladă și 50 g de piine; **la ora 10**: un ou fiert, 50 g de parizer și 50 g de piine; **la prînz**: supă de salată verde, perișoare cu sos alb, cornulețe cu marmeladă și 50 g de piine; **la ora 18**: chiflutele de cartofi cu dulceată; **la cină**: budinca de cartofi cu brînză.

Vara creează unele dificultăți privind menținerea

salubrității și valorii nutritive a alimentelor prin regimul termic și gradul de însoțire caracteristice și prin favorizarea dezvoltării vectorilor. În același timp supune organismul la eforturi continue de termoreglare prin pierderea căldurii, mai ales prin transpirație și de adaptare a secrețiilor digestive. Marea variabilitate a meniurilor alcătuite din alimente proaspete, gustoase și atrăgătoare, mai bogate în principii nutritive (celuloză, hemiceluloză, pectine), asigură condiții mult mai favorabile pentru sănătate. Înlocuirea pierderilor de lichide și săruri minerale, prin evaporarea transpirației, cu supe de legume, sucuri de legume și fructe, lapte dulce sau băut, ape minerale, consumate fracționat, înlătură riscul apariției unor tulburări care ar afecta senzația de confort și randamentul în muncă. Evitarea preparatelor din carne tocată, a mezelurilor cu durată scurtă și medie de conservare, a maionezei, cremelor etc. asigură prevenirea eventualelor toxinfecții alimentare. Înlocuirea zahărului și a unor preparate care îl conțin cu glucidele din mierea de albine și din legumele și fructele de sezon, reducerea cantităților de proteine și de grăsimi animale, precum și repartizarea cantităților de alimente pe cele 4-5 prizeuri în scopul degrevării mesei de la amiază, protejează organismul de eforturi suplimentare de digestie în acest anotimp în care capacitățile funcționale secretorii sînt diminuate.

Un meniu pentru o zi de vară, care însumează 2 250 de calorii, ar putea cuprinde — **dimineața**: ceai cu lămie, 10 g de margarină, 100 g de roșii și 50 g de piine; **la ora 10**: 50 g de parizer, 10 g de unt, 100 g de ardei gras, 100 g de caise și 50 g de piine; **la prinz**: ciorbă de fasole verde cu smîntină, musaca de vinete și compot de vișine; **la ora 18**: 50 g de brînză topită, 10 g de unt, 100 g de ridichi și 50 g de piine; **la cină**: pilaf de orez, salată de roșii, tartă cu fructe și gelatină.

Toamna are aproape toate avantajele verii în ceea ce privește disponibilitățile de hrană. Eforturile organismului de termoliză scad în intensitate, iar secrețiile digestive se normalizează. Varietatea legumelor și fructelor, conținutul mai bogat în trofine al laptelui și produselor lactate, ouălor și cărnii (mai ales al celei de pasăre), al cerealelor și leguminoaselor uscate asigură mari posibilități de satisfacere a trebuințelor nutritive și energetice ale organismului.

Un meniu dintr-o zi de toamnă care ar însuma 3 000 de calorii ar putea cuprinde — **dimineața**: 250 ml de lapte, 10 g de unt, 100 g de roșii, 50 g de piine **la ora 10**: omletă cu verdeț, 250 ml de iaurt și 50 g de piine; **la prinz**: supă de zarzavat strecurată, friptură înăbușită de vacă cu sos tomat și pireu de cartofi, 50 g de piine și 250 g de struguri; **la ora 18**: 300 g de gutui coapte; **la cină**: mămăligă cu brînză de burduf (sau topită) și cremă de ou.

Iarna marchează nu numai un anumit botar cronologic, dar impune și o reconsiderare fortuită a modului de a ne hrăni. O reconsiderare impusă de absența unor legume și fructe, abundența conservei (favorizate și de condițiile climatice particulare) creează o nedorită monotonie a felurilor de mâncare. Reducerea treptată a duratei zilei-lumină contribuie la accentuarea sedentarismului, la solicitarea mecanismelor de termoreglare — în sensul intensificării termogenezei — și la folosirea anumitor tradiții culinare. Nu rareori toate acestea sînt urmate de apariția unor perturbări în starea de sănătate.

Legumele și fructele conservate (în special varza murată), precum și cele congelate (care nu diferă semnificativ din punct de vedere nutrițional de cele proaspete), hreanul, ceapa, usturoiul, morcovii, andivele, merele, măceșele, perele, gutuile, citricele aduc importante cantități de caroten, niacină, acid ascorbic, calciu, fosfor și fier.

Evitarea abuzurilor alimentare trebuie să evolueze concomitent cu introducerea în rația zilnică a

uleiurilor vegetale și margarinei, bogate în acizi grași polinesaturați, hipocolesterolizant. Conservele de pește, scrumbile, sardelele, macrourile conservate prin frig furnizează cantități utile de vitamina A și D, dar și fluor și iod. Mierea de albine are valoare nutritivă și deosebite calități terapeutice, consumul ei menținînd tonusul funcțional digestiv la nivel optimal, oferind posibilitatea eliminării din alimentație a cantităților de glucide pure, stressante din punct de vedere metabolic. Efortul de termoreglare nu necesită suplimentarea hranei decît cu 3 la sută din valoarea totală energetică, ceea ce reprezintă în medie 100 de calorii, ușor de acoperit, de exemplu cu 50 g de piine.

Un meniu dintr-o zi de iarnă care ar însuma circa 3 000 de calorii poate cuprinde — **dimineața**: 10 g de unt, 50 g de parizer, ceai cu 15 g de zahăr și 50 g de piine; **la ora 10**: un ou fiert, 50 g de piine și un măr; **la prinz**: supă de oase cu fidea, budincă de cartofi cu carne, 100 g de piine și ecler cu cremă de vanilie; **la ora 18**: 200 ml de lapte cu cozonac; **la cină**: colțunași cu brînză sau iaurt cu plăcintă cu cremă de vanilie.

Este cert că alimentația unor categorii de persoane (cei care muncesc în agricultură, construcții, forestier și în unele ramuri ale industriei, elevi și studenți) necesită corecturi. În toate anotimpurile însă principiile alimentației raționale pot și trebuie respectate. Un respect pe care colectivitățile umane este necesar să și-l formeze printr-un permanent proces educațional multidisciplinar.

Dr. Ioan BERILĂ
Facultatea de medicină Craiova

VALOAREA TERAPEUTICĂ A DIETEI

În condițiile actuale ale progresului tehnic, cînd la dispoziția medicului stă o varietate de mijloace terapeutice și îndeosebi de medicamente, apare tendința la unii bolnavi de subestimare sau chiar de renunțare la indicațiile privind dieta în favoarea terapiei medicamentoase. Desigur, posibilitatea intervenției și influențării rapide a evoluției unei boli cu ajutorul medicamentelor, cu obținerea ameliorării sau vindecării acestora constituie principalul factor care impune pe prim plan folosirea terapiei medicamentoase. Dar legat de aceasta trebuie avut în vedere că medicamentele, pe cît sînt de eficace, pe atît pot să aibă și efecte nedorite, adverse, unele cu consecințe grave, mai ales în condițiile administrării lor în doze inadecvate, fără o prescripție medicală.

Pe de altă parte, orice boală, indiferent că este înăscută sau dobîndită, infecțioasă, metabolică, degenerativă sau de altă cauză, se însoțește de modificări biochimice, mai mult sau mai puțin sesizabile, ale principalelor metabolisme. Corectarea sau prevenirea acestor tulburări induse de diverșii factori patologici implică în determinarea unei boli acute sau cronice nu se poate realiza fără a se recurge, pe lîngă o terapie medicamentoasă adecvată, la măsuri dietetice. Menținerea sau favorizarea refacerii echilibrului nutrițional va avea consecințe favorabile asupra stării generale a organismului și capacității omului de a

defășura o activitate curentă corespunzătoare, precum și de a-i crește rezistența la factorii nocivi sănătății.

Privind retrospectiv, încă din antichitate s-a subliniat rolul alimentației în tratamentul bolilor, sensul care l-a îmbrăcat noțiunea de dietă, dar mai ales conținutul diverselor tipuri de regim alimentar și adaptarea lor la necesitățile fiecărui bolnav, suferind însă o transformare majoră în timp, odată cu aprofundarea cunoștințelor noastre asupra metabolismelor și funcțiilor organismului. Un alt aspect al dieteticii moderne este legat de caracterul general al regimului alimentar, în sensul că o alimentație dietetică trebuie considerată drept o alimentație rațională normală, adaptată, în funcție de anumiți factori (sex, vîrstă, activitate habituală etc.), diferitelor suferințe de organ, pe care le corectează prin restabilirea unui echilibru nutrițional al întregului organism.

Ponderea atribuită regimului alimentar în terapia diverselor maladii acute sau cronice este variabilă, aspect determinat de natura suferinței, de etapa evolutivă a acesteia sau, în anumite situații, dieta constituind chiar o componentă a măsurilor cu caracter profilactic. Ilustrative în acest sens sînt bolile metabolice în general, unele boli cardiovasculare, renale sau digestive. Astfel, în cadrul bolilor metabolice un rol primordial revine dietei în tratamentul obezității, care, în majoritatea cazurilor, recunoaște drept factor etiologic esențial supraalimentația. În fond, în obezitate se pune problema convertirii dezechilibrului energetic pozitiv, cu acumularea excesului caloric alimentar sub forma grăsimii de rezervă, într-un dezechilibru energetic negativ. Aceasta presupune mobilizarea și consumarea, în cadrul proceselor metabolice de producere a energiei, a grăsimilor proprii, concomitent cu reducerea drastică a aportului de glucide. Dar nici „postul” absolut, cu reducerea totală a aportului caloric alimentar, și-nut timp îndelungat sau în afara supravegherii medicale, nu poate avea urmările scontate, putînd induce la rîndul său grave tulburări metabolice și carențe nutriționale importante, inclusiv vitamine sau în oligoelemente. Terapia medicamentoasă, cu excepția celei folosite în tratamentul suferinței de fond din obezitățile secundare, joacă un rol adjuvant în tratamentul obezității, permi-

țînd suportarea mai ușoară a regimului hipocaloric sau are un efect diuretic, dar în orice caz nu permite obezului abuzuri alimentare.

În diabetul zaharat, suferința indusă de o cantitate de insulină în organism insuficientă necesităților acestuia, regimul alimentar își păstrează și astăzi valoarea sa terapeutică majoră, medicația insulinică avînd numai un rol de substituție. În condițiile în care nu putem reface mecanismul secreției insulince, regimul alimentar urmărește să satisfacă necesitățile calorice ale fiecărui bolnav, în funcție de condițiile sale specifice de viață și muncă, prin oferirea unui aport suficient de glucide și echilibrat în ceea ce privește proteinele și lipidele. Respectarea principalelor cerințe ale dietei, conform prescripțiilor medicale și evitarea abaterilor, chiar aparent minore, de la dietă, permite păstrarea unui echilibru metabolic al bolnavului.

O indicație particulară care se acordă dietei în terapeutică se întîlnește în ateroscleroză. Maladie cu largă răpîndire în epoca actuală, ateroscleroza recunoaște în cadrul factorilor de risc majori o hiperlipemie și o alimentație hipercalorică, bogată în grăsimi saturate și colesterol. Măsurile de prevenire sau tratamentul propriu-zis al aterosclerozei incumbă în mod necesar adoptarea unui regim alimentar hipocaloric, cu reducerea importanță a grăsimilor și/sau glucidelor, în funcție de tipul dislipidemiei, obiectivul cel mai important al tratamentului dietetic constituindu-l normalizarea greutății corporale.

Adaptarea regimului alimentar la faza evolutivă a unei boli, cu potențarea sau favorizarea efectelor medicamentelor specifice, constituie un alt aspect, care permite o amplificare a eficienței lui în terapeutică. Astfel, nerespectarea restricției de sare de bucătărie de către bolnavii cardiovasculari (hipertensivi, cu insuficiență cardiacă etc), cu unele boli renale sau a celor cu ciroză hepatică decompensată poate lipsi de eficacitate, chiar în condițiile administrării medicației diuretice, terapia complexă medicamentoasă prescrisă.

Desigur, un regim dietetic adaptat, pe cît posibil, preferințelor bolnavului, în prescrierea căruia se ține seama de comportamentul și mediul în care acesta își desfășoară activitatea, poate fi de mare ajutor în tratamentul corect și complet al unei boli. Recurgerea însă, în afara prescripției medicului, numai la măsuri privind dieta, în încercarea de a se face o limitare la tratamentul dietetic al unei boli, cu ignorarea sau renunțarea cu bună știință la terapia medicamentoasă adecvată, poate fi urmată de grave perturbații metabolice, care, în loc să amelioreze, agravează suferința. Uneori se poate ajunge, în aceste condiții, la imposibilitatea recuperării integrale a bolnavului sau la inducerea unor sechele nedorite sau invalidante. Păstrarea unui raport optim între dietă și terapia medicamentoasă va avea totdeauna urmările cele mai bune, raportul medic-bolnav, cunoașterea cît mai completă de către medic a modului de viață și a obiceiurilor alimentare ale suferindului permițînd adoptarea unei diete corespunzătoare, care să suplinească sau să potențeze efectele terapiei medicamentoase.

Dr. Victor STOICA
Spitalul clinic „Dr. I. Cantacuzino”

MEMORATOR DE DIETETICĂ

Afecțiunea	Alimente admise	Alimente care trebuie evitate
Colită de fermentație	Carne slabă (pasăre, pește), fiartă; supe de legume (cu grîs, orez, paste făinoase); piine veche sau prăjită; pireuri de legume și de fructe, compoturi, gelatine din suc de fructe (în cantități mici).	Legume și fructe (mai ales crude) bogate în celuloză; leguminoase uscate (fasole, mazăre, linte), cartofi (în cantități mari)
Ulcer	În timpul puseului acut: lapte dulce (1 pahar la 2-3 ore, în timpul zilei și la 4-6 ore noaptea); lapte diluat cu ceai sau cu carbonat de calciu (o linguriță la un pahar) În perioada de acalmie: lapte dulce (simplu sau cu cicoare), ceai, grîs cu lapte, cremă de lapte cu ou, margarină, brînză de vaci (pregătită în casă). Supe de legume, pireuri și sufleurii de legume, cartofi copti. Carne de pasăre și pește (fiartă sau la grătar). Sosuri albe, piine veche de o zi sau prăjită. Fructe; preparate (compot, coapte), gelatine din sucuri de fructe. Papanashi, savarine (slab îndulcite).	Orice băutură alcoolică; condimente, rîntășurile și prăjilele; ciorbele grase, conservele de carne, mititeii și chiftelele; unele legume (varza, castraveții, salată verde); leguminoasele uscate (fasole, mazăre, linte), fructele crude. Laptele bătut, iaurtul, chefirul, brînzeturile fermentate; sardele, ouă (tari, maioneză); piinea proaspătă, ceaiul, cafeaua, ciocolata, dulciurile concentrate, nucile, alunele.
Infarct miocardic	Lapte (cu ceai sau cicoare), ceai (de măcieșe, de cozi de cireșe, tei, mentă, coji de mere); sucuri de fructe și legume; lichide cel mult 1 l/zi. Supe de legume (maximum 150 ml/zi) cu paste făinoase, borș de zarzavaturi (cartofi, sfeclă), ciorbă de roșii. Carne (pasăre) sub formă de șnițel din carne fiartă, puțin prăjită; pește rasol. Grăsimi vegetale (60-70 ml/zi), crude; puțin unt (desărat), margarină. Legume (salate de crudități, soteuri, pireuri); garnituri de orez sau grîs (fiert), paste făinoase; sosuri fără prăjeală (cu făină rume-nită fără grăsimi); piine și mămăli-guță fără sare.	Piine cu sare, conserve de carne și pește, mezeluri, afumături, condimente tari; lichide în concentrații mari; carne grasă; legume care balonează (varză, fasole uscată, mazăre, linte); cafea, ceai, alcool, dulciuri în cantități mari.
Angina pectorală	Piine fără sare, grăsimi vegetale cu moderație (maximum 40 ml/zi); carne slabă (pasăre, pește); legume (fierte, pireuri, sufleurii, soteuri, supe); orez, grîs, paste făinoase; fructe (compot, gelatine, coapte); prăjituri de casă puțin dulci.	Alimente greu digerabile și picante; grăsimi animale, dulciuri concentrate; alimente bogate în colesterol (ouă, brînzeturi grase, viscere); conserve de carne, mezeluri, afumături, brînzeturi, fermentate; sare (ca atare sau în ali-mente).
Colecistopatii	În faza dureroasă: Ceaiuri din plante (mușeșel, sună-toare, mentă) slab îndulcite; După dispariția durerilor: Se adaugă piine prăjită, orez, fulgi de ovăz, fierți cu legume, grîs cu lapte, iaurt, lapte cu ceai, compot, mere coapte; În perioada de acalmie: lapte dulce, iaurt, ceai; piine veche sau prăjită, biscuiți; unt puțin; supe (cu orez, fidea, grîs, fulgi de ovăz, le-gume); ciorbe (cartofi, sfeclă); tăței spaghete, macaroane (cu suc de ro-șii); pilaf dietetic; carne slabă (pa-săre), ouă (în preparate, moi, sau „românești”); grăsimi vegetale (20-30 ml/zi) crude; fructe fără coajă (fierte, gelatine din sucuri, salată de fructe, peltea, marmeladă); budinci, papa-nași.	Mezeluri, carne grasă, vinat, brînzeturi fermentate, ouă (omletă, maio-neză, ochiuri prăjite); condimente (pi-per, ardei, muștar); unele legume (varză, fasole, mazăre uscată); cafea, ceai, ciocolată; fructe crude cu coajă (prune, cireșe).

UNUL DINTRE SUPERMAGAZINELE CAPITALEI: „BUCUREȘTI“

La km zero, în inima Capitalei, la intrarea în strada Lipscani, vechi vad comercial, ești întâmpinat de impunătorul Magazin universal „București”, primul cu acest profil de peste trei decenii, unul dintre supermagazinele metropolei noastre.

În prezent el coordonează prin I.C.S. „București” activitatea a opt unități: „București”, „B.I.G.”, „Olimpic”, „Bijuteria”, „Club-Sport”, „Artizanat” — din complexul comercial „Hanul lui Manuc” —, „Bazarul”, „Smîrdan” și „Furnica” care ocupă o suprafață comercială de 6 307 mp. Magazinul universal „București” funcționează într-o construcție cu 6 nivele, comercializând o gamă completă de sortimente aparținând sectoarelor textile-încălțăminte și metalo-chimice.

După cum precizează tovarășa Matilda Ciubotaru, directorul magazinului universal „București”, acesta este zilnic vizitat de circa 280 000 de persoane din Capitală și din diferite orașe ale țării în cadrul unui program non stop între orele 7 și 21 în zilele de lucru și între orele 7 și 13,30 duminică.

La parterul magazinului cumpărătorii pot găsi un larg sortiment de mărfuri conținând în articole foto, aparate de radio, televizoare, discuri, mașini de spălat rufe, frigidere, mașini de cusut, biciclete de diferite tipuri, articole de parfumerie și cosmetică, obiecte de galon, ceasuri, ciorapi pentru femei și bărbați, articole de mercurie.

Etajul I este rezervat în exclusivitate celor mici. Aici părinții găsesc o gamă diversă de confecții, tricotate, articole de galanterie și încălțăminte pentru copii, precum și un raion „Maternă” aprovizionat cu trusouri pentru nou-născuți, lenjerie, îmbrăcăminte și încălțăminte pentru copii.

Etajul II este specializat în țesături din mătase și bumbac, imprimeuri în desene și culori variate, stoffe pentru femei și bărbați, de calitate superioară.

Etajul III oferă o gamă variată de articole din tricot și galanterie pentru femei și bărbați, încălțăminte și pălării pentru bărbați, lenjerie pentru femei și garnituri pentru pat.

Etajul IV este „etajul femeilor” prin confecțiile pe care le prezintă, specifice acestora, adecvate modei pe sezoane, precum și prin diversele modele de încălțăminte.

Nu sînt uitați însă nici bărbații. La etajul V ei pot cumpăra ultimele creații ale întreprinderilor de confecții din țară (costume, sacouri, pantaloni, pardesie, paltoane, lenjerie), precum și articole de galanterie, pulovere și cravate. (etajul VI).

Ultimul etaj — al VII-lea, oferă cumpărătorilor stoffe de mobilă, covorașe, cuverturi, perdele, decorațiuni ce pot oricînd înfrumuseța locuința.

Personalul magazinului vă așteaptă și pe dv. să vizitați aceste raioane, să cumpărați ceea ce vă place și vă este util.

Elena POPESCU



Concluziile unui studiu

ALIMENTAȚIA TRADIȚIONALĂ ȘI BOLILE CARDIOVASCULARE



Creșterea evidentă pe plan mondial a morbidității și mortalității prin ateroscleroză, hipertensiune arterială și alte boli cronice vasculo-metabolice, cu debut din copilărie, a îndreptat atenția și specialiștilor noștri spre studierea rolului factorilor de risc în declanșarea sau agravarea acestor afecțiuni. Cu toate că incidența bolilor cardiovasculare se situează în țara noastră, după cum arată statisticile, pe locul opt, procentul persoanelor care au o cardiopatie reprezintă 12 la sută din populație, jumătate fiind hipertensivi. În ceea ce privește mortalitatea prin cardiopatie ischemică, aceasta deține primul loc în structura pe cauze a deceselor. În această structură, 48,4 la sută dintre decese ale adulților trecuți de 55 de ani se datoresc unor boli de inimă sau unui accident vascular (de cele mai multe ori rezultat al evoluției hipertensiunii arteriale sau aterosclerozei), iar aproximativ 50 la sută din afecțiunile cardiovasculare ale adultului sînt reprezentate de cardiopatia ischemică și infarctul miocardic.

În ultimii ani s-a constatat însă o deplasare a morbidității prin boli cardiovasculare din mediul urban spre mediul rural. Ce factori de risc o determină? Datorită complexității lor, mai mulți factori sînt determinanți: genetici, de mediu, alimentari, duritatea sau concentrația apei în oligoelemente, profesiunea, navetismul, stressul etc.

Dacă factorii genetici predispun la aceste boli, cei care conduc la constituirea lor sînt factorii de mediu, în primul rînd cei legați de specificul geoclimatic, alimentar, de ocupație, sedentarism, stress. Este de la sine înțeles că și alimentației specifice unei anumite zone sau unui teritoriu mai restrîns îi revine un rol important. Din numeroasele studii privind legătura dintre alimentație și rîspîndirea aterosclerozei, cardiopatiei ischemice și hipertensiunii arteriale, inițiate de Iuliu Hațieganu, Grigore Benetato, Nicolae Gh. Lupu și continuată de Aurel Moga, rezultă o corelație semnificativă între creșterea colesterolului, lipidelor și mortalitatea prin ateroscleroză și cardiopatie ischemică. De asemenea, pe baza cercetărilor epidemiologice s-a ajuns la concluzia că se impune o restructurare judicioasă a regimului alimentar, în sensul respectării principiilor alimentației științifice și nu ale celei tradiționale. De asemenea, trebuie să se țină seama de influența factorilor geografici, de gradul de mineralizare a apei de băut și de conținutul ei în microelemente; în acest domeniu medicul cardiolog Radu Ispas din Sibiu a adus contribuții originale privind zona geografică a Transilvaniei.

Între acțiunile menite să contribuie la evaluarea rolului alimentației tradiționale ca factor de risc în bolile cardiovasculare la populația satească se înscriu și studiile nutriționale efectuate de un colectiv de cercetători de la Institutul de igienă și sănătate publică din Cluj-Napoca (dr. Margareta Weinlich, dr. C. Deac, dr. G. Uza, dr. P. Missits, dr. Alexandrina Iancu și subsemnatul). Efectuate între anii 1958—1962 și din anul 1979 pînă în prezent pe eșantioane de populație din mediul rural aparținînd diferitelor zone geoclimatice ale Transilvaniei, studiile s-au desfășurat în ultimii 3 ani pe baza unei metodologii unice în țara noastră, oferind posibilitățile bune de comparare a datelor obținute, atît la nivel local și național, cît și internațional.

Rezultatele studiilor au demonstrat prezența dezechilibrului alimentar, datorită „tradițiilor” care constau în: abuz de grăsimi animale, aport insuficient de vitamine și săruri minerale. Din examinările complexe (clinice, biochimice și nutriționale) se poate concluziona că factorii de risc vasculometabolici, aterogenetici și hipertensivi s-au deplasat din mediul urban spre mediul rural, așa cum rezultă din studiul prospectiv efectuat pe 1 200 de subiecți la care s-a constatat o creștere a lipidelor serice la peste 50 la sută dintre cei în etate de peste 41 de ani. Aceste modificări au fost atribuite alimentației predominant lipidice și hipercalorice la grupele de vîrstă peste 20 de ani, datorită consumului excesiv de slănină, piine, produse cerealiere și leguminoase uscate, precum și a consumului insuficient de proteine cu valoare biologică ridicată, de fructe și legume. Datele somatometrice și de laborator se corelează cu dezechilibrul alimentar, constatîndu-se o prevalență mare a obezității și dislipidemiei la adulți, mai ales la femei.

O primă și importantă concluzie pentru populația satească, necesară de aplicat în beneficiul propriei sănătăți, este a consuma mai puține grăsimi animale și mai multe legume și fructe, acestea din urmă constituind, prin substanțele biologice active un element important în profilaxia unor boli vasculometabolice, degenerative. Este o concluzie în favoarea căreia pledează și rezultatele studiului efectuat de un colectiv condus de dr. M. Bugnariu din institutul nostru pe mai mult de 45 specii de vegetale din flora spontană sau dintre cele mai puțin cultivate. S-a constatat însă, cum rezultă și din datele extrase din acest studiu și prezentate alături asupra a 16 dintre produsele vegetale cercetate, că ele pot fi introduse în alimentație datorită valorii nutritive, conținutului în vitamina C, provitamina A și substanțe minerale.

Dr. doc. Pavel PITEA
director adjunct științific
Institutul de igienă și sănătate publică Cluj-Napoca

PLANTE COMESTIBILE MAI PUȚIN CUNOSCUTE

Nr. crt	Denumirea populară și științifică	Conținutul la 100 g	Indicații și contraindicații
1.	Frunze de „unțisor” sau „grișor” (Ranunculus ficaria L)	Vitamina C = 31-49 mg; provitamina A = 6 000 micrograme; Ca = 189 mg; P = 53 mg; Fe = 9,4-2,8 mg; Cu = 67 micrograme; Mg = 39 mg; celuloză 1,02 g.	Se poate consuma în mici cantități (40-50 g) crude și fierte, sub formă de supe, ciorbe. Plantele înflorite și cele crescute în plin soare, trebuie evitate - dezvoltă toxine.
2.	Frunze de „urzică mică” (Urtica urens L)	Vitamina C = 45-80 mg; provitamina A = 10 020 micrograme; Fe = 7 mg; Cu = 236 micrograme; Na = 37 mg; oxalați solubili 119 mg.	Au proprietăți diuretice, hemostatice, hematopoietice, slab hipoglicemizante. Prudență alergici! (conțin histamină).
3.	Lăstari de hamei (Humulus lupulus L)	Vitamina C = 31-40 mg; provitamina A = 455-511 micrograme; Ca = 69-145 mg; P = 145 mg; celuloză = 2,34 g; Na = 14 mg; Cu = 163 micrograme; Mg = 28 mg; K = 393 mg.	Se utilizează sub formă de ciorbe, salate (cu sos vinegret) și de soteu cu pesmet.
4.	Frunze de fasole (Phaseolus vulgaris L)	Vitamina C = 37-42 mg; provitamina A = 2 887 micrograme; Ca = 128-542 mg; P = 58 mg; Fe = 1-17,6 mg; Mg = 22-40 mg; Na = 17 mg; Cu = 230 micrograme; celuloză = 1,74 g; acid oxalic total 344 mg; oxalați solubili 104-145 mg.	Se utilizează în amestec cu alte specii, la sărmăluțe (crude sau murate).
5.	Frunze de tei roșu și de tei argintiu (Tilia cordata Mill și Tilia tomentosa)	Vitamina C = 37-56 mg; provitamina A = 3 848-7 026 micrograme; Ca = 78-235 mg; P = 157 mg; Fe = 1,7-10 mg; Mg = 19-76 mg; K = 406 mg; Cu = 611 micrograme; Na = 21 mg; celuloză = 2,84 g; acid oxalic total 261 mg.	Sint bine tolerate digestiv, conțin mucilagii cu efect detoxifiant și laxativ; se utilizează la sărmăluțe.
6.	Frunze de strugurei roșii și strugurei negri	Vitamina C = 40-56 mg; provitamina A = 6 826-10 370 micrograme; Ca = 558-1 102 mg; P = 222-292 mg; Fe = 1,6-5,9 mg; Na = 18-19 mg; Cu = 202-208 micrograme; acid oxalic total, la strugurei roșii 166-281 mg.	Se utilizează la sarmale în amestec cu alte specii; întrucât conțin în mari cantități acid oxalic, sint interzise bolnavilor cu litiază renală, gută, reumatism, copiilor, vîrstnicilor și femeilor în perioada maternității.
7.	Frunze de gulie (Brassica oleracea, varietatea gongyloides L)	Vitamina C = 35,5-50 mg; provitamina A = 11 257-5 669 micrograme; Ca = 315-860 mg; Fe = 1,9-7,5 mg; Na = 20-25 mg; Cu = 73-366 micrograme; Mg = 41-49 mg; K = 294-328 mg; celuloză = 1,54-2,11 g; acid oxalic total, 32 mg.	Se utilizează la sarmale, pilaf, mincare scăzută. Prin bogăția în minerale și vitamina C, prin cantitățile foarte mici de acid oxalic, pot fi consumate și de copii sau vîrstnici.
8.	Frunze de hrean (Armoracia rusticana Lam)	Vitamina C = 40-99 mg; provitamina A = 3 792-4 910 micrograme; Ca = 271-475 mg; P = 69 mg; Fe = 2,4-12,3 mg; Na = 19 mg; Cu = 303 micrograme; Mg = 27 mg; K = 331 mg; celuloză = 1,67 mg; acid oxalic total 186 mg; oxalați solubili 174.	Foarte tinere se utilizează, în amestec cu alte specii, la sarmale. Conțin substanțe minerale și vitamine, sint sărace în acid oxalic, fapt care le lărgeste indicația de consum.
9.	Frunze de pătlagină moale (Plantago media L)	Vitamina C = 18-58 mg; provitamina A = 2 251 micrograme; Ca = 704-409 mg; P = 56 mg; Fe = 3,3-10,9 mg; Na = 86-104 mg; Mg = 22-31 mg; K = 175-204 mg; Cu = 270-635 micrograme; celuloză 1,65 g; acid oxalic total 236 mg; oxalați solubili 76 mg;	Conținut bogat în săruri minerale și redus în acid oxalic; pot fi utilizate sub formă de pireu în alimentația unor largi grupe de populație, inclusiv suferinzii de unele afecțiuni digestive, în faze de acalmie.

10.	Frunze de creson de grădină (<i>Lepidium sativum</i> L)	Fe 8,2 mg; Na 37, Cu 3 008 micrograme.	Utilizabile ca un condiment (în maioneze, salate); pot produce balonari. Sînt contraindicate la suferinzi digestivi, renali, cardiaci.
11.	Frunze de papadie (<i>Taraxacum officinale</i> web)	Vitamina C = 29-38 mg; provitamina A = 5 928-6 188 micrograme; Ca = 74-268 mg; P = 70 mg; Fe = 0,9-16 mg; Mg = 19-43 mg; Na = 31-108 mg; K = 416-456 mg; Cu = 148-331 micrograme; celuloză = 1,86 g; oxalați solubili = 86 mg.	Bogate în vitamine și săruri minerale, au proprietăți diuretice; frunzele foarte tinere crude, sub formă de salate, se recomandă vîrstnicilor, copiilor și suferinzilor care tolerează legume crude.
12.	Frunze de potbal (<i>Tussilago farfara</i> L)	Vitamina C = 27-37 mg; provitamina A = 2 076 micrograme; Ca = 527-306 mg; P = 36 mg; Na = 42-106 mg; Mg = 36-39 mg; K = 130-287 mg; Fe = 1,61-8,4 mg; Cu = 121-220 micrograme; celuloză = 1,41 mg; acid oxalic total = 84 mg; oxalați solubili = 22 mg.	Se utilizează la sarmale; datorită cantităților relativ mici de acid oxalic, bogăției în minerale, proprietăților laxative și emoliente; se recomandă tuturor grupelor de vîrstă, precum și suferinzilor care tolerează legumele.
13.	Frunze de palamidă (<i>Cirsium arvense</i> scop)	Vitamina C = 17-19 mg; provitamina A = 1 850-3 369 micrograme; Ca = 563-267 mg; P = 102 mg; Fe = 4,1-4,9 mg; Na = 61, Cu = 89 micrograme; Mg = 39 mg; K = 78 mg; celuloză = 1,33 mg, acid oxalic total = 137 mg.	Primele rozete de frunze (la 1-2 zile de la apariție) se utilizează, după o opărire prealabilă, la ciorbe. Cantitățile relativ mici de acid oxalic permit utilizarea de toate grupele de vîrstă.
14.	Frunze de leurdă (<i>Allium ursinum</i> L)	Vitamina C = 22-26 mg; provitamina A = 7 522 micrograme; Ca = 96-204 mg; P = 34 mg; Fe = 2,1-2 mg; Na = 8,3 mg; Cu = 62 micrograme; celuloză = 1,15 g.	Au proprietăți fitoncice; depurative, antiscorbutice, diuretice și de activare a peristaltismului intestinal. Se pot utiliza la condimentarea preparatelor culinare.
15.	Frunze de arpagic (<i>Allium schöbenoprasum</i> L)	Vitamina C = 28-42 mg; provitamina A = 3 510 micrograme; Ca = 232 mg; P = 90 mg; Fe = 1,3-5 mg; Na = 17 mg; Cu = 124 micrograme; Mg = 4 mg; K = 277 mg.	Crude au proprietăți fitoncice și un conținut remarcabil în vitamine; sînt indicate celor care suportă ceapa și usturoiul.
16.	Lăstari de sparanghel (<i>Asparagus officinalis</i> L)	Vitamina C = 16 mg; Ca = 16-25 mg; P = 67 mg; Fe = 0,3-2,2 mg; Mg = 4 mg; Na = 10 mg; Cu = 130 micrograme; acid oxalic total = 150 mg.	Legumă cu deosebite calități sapide, contraindicată suferinzilor de ateroscleroză, gută sau cu leziuni ale căilor urinare.



M. ZEGREA

DE REȚINUT

● **Rînțașul dietetic** se pregătește rumenind făina în tigaia uscată fără grăsimi. Se amestecă prin agitare, cu puțină apă rece. Se încălzește lichidul de bază al sosului (sucul de roșii, supa de legume sau de carne) în care cînd începe să fiarbă se răstoarnă făina diluată, amestecînd continuu. Se adaugă imediat untdelemnul care fierbe în sos, fără să se prăjească, amestecîndu-se mereu pînă cînd, prin evaporarea apei, se obține consistența dorită. Se adaugă sare (cît mai puțin!) și condimente (de dorit, blînde!) ● **Alimentele deshidratate se pot echivala astfel:** 100 g de legume deshidratate = 300 g de legume proaspete; 100 g de lapte praf = 800 ml de lapte proaspăt; 100 g de pește uscat sau afumat = 200 g de pește proaspăt; 100 g de pastramă uscată = 160 g de carne ● **Repartiția rațională a alimentelor** trebuie să urmărească, după opinia specialiștilor, o asigurare a necesarului caloric zilnic în modul următor: la micul dejun 20 la sută din totalul caloriilor, la gustarea de la ora 10 dimineața 10 la sută, la prînz 50 la sută, iar seara 20 la sută din acest total, recomandări de care este bine să ținem seama ● **Prepararea saladelor** și aseasonarea lor cu oțet sau lămîie se face imediat după ce au fost spălate și mărunțite (vitaminele se păstrează mai bine în mediul acid); de dorit cu puțin timp înainte de a fi servite la masă, moment în care se adaugă sare, mărar și pătrunjel (ultimele pentru a mări valoarea vitaminică).

UTIL PENTRU GOSPODINE

Tabelul de mai jos are valoare orientativă și este util pentru realizarea de către gospodine a unor calcule estimative pentru conținutul în proteine, lipide și glucide, precum și pentru cunoașterea valorii calorice a celor mai utilizate alimente în întocmirea meniurilor zilnice.

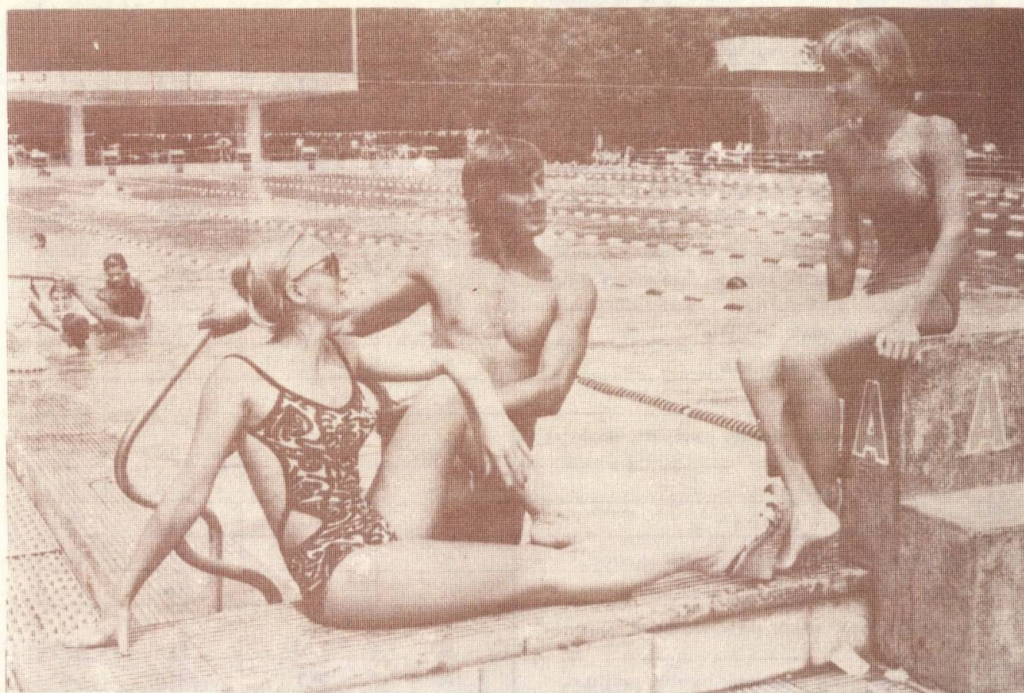
GRUPA DE ALIMENTE	Substanțe nutritive la 100 g de produs			Calorii
	Proteine (substanțe albuminoase)	Lipide (grăsimi)	Glucide (zaharuri și amidon)	
Carne de pasăre	14,5	7,4	—	128
Carne de oaie, miel, ied, capră	12,8	26,0	—	136
Parizer, cremvurști, polonez	13,0	26,0	—	295
Salam (italian, „București”, rusesc, vânătoresc, cracauer), cîrnați, mușchi țigănesc	17,0	34,6	—	391
Pește (crap, cod, scrumbii, heringi, stavrizi)	14,0	1,3	—	69
Toate conservele de pește	10,6	6,9	4,3	125
Ouă	14,0	12,0	0,6	171
Lapte, iaurt, chefir, sana, lapte praf reconstituit	3,5	1,7	4,9	50
Brînzeturi	19,4	20,4	1,2	273
Unt, smîntînă (250 g smîntînă = 150 g unt)	6,0	74,0	2,0	721
Untură, slănină, costiță	0,2	99,6	—	927
Ulei (de floarea-soarelui, soia), margarină	—	100,0	—	930
Cartofi (maturi, noi)	1,7	0,1	16,1	75
Legume cu pină la 5 la sută glucide (roșii, ardei grași, castraveți, ceapă verde, conopidă, dovlecei, vinete, ridichi, salată, lobodă, ciuperci)	1,0	0,3	3,0	20
Legume cu peste 5—10 la sută glucide (ceapă uscată, ardei gras roșu, fasole și mazăre verde, morcovi, pătrunjel, țelină, praz, sfeclă roșie, urzici, usturoi, varză albă și roșie)	7,5	0,7	48,0	234
Fasole, mazăre, linte	23,0	1,7	47,0	303
Fruite proaspete	0,3	3,5	13,8	62
Prune uscate, curmale, smochine, stafide	2,0	0,4	58,9	254
Pîine intermediară, produse de panificație fără zahăr	3,5	1,7	4,9	50
Mălai (toate tipurile)	9,6	1,7	72,1	351
Făină de griu, paste făinoase, orez, griș, fulgi de ovăz	11,8	1,4	72,0	356
Nuci, alune, migdale, măsline	10,6	8,5	6,9	151
Conserve de legume în ulei	2,0	8,0	4,2	100
Conserve de legume în bulion	1,7	0,4	3,1	23
Conserve de fasole verde, conopidă, dovlecei (în apă)	1,0	0,4	2,0	16
Conserve de mazăre	6,5	0,5	10,0	72
Pastă și bulion de tomate	5,4	—	15,4	83
Conserve de carne și de pește cu legume	6,0	6,0	19,0	158
Zahăr, caramele, dropsuri, dragele	—	—	100	410
Miere, glucoză, sirop, gem, dulceață, marmeladă	0,5	0,2	81,0	336
Halva, înghețată, ciocolată, halviță, prăjituri	18,8	31,3	43,0	546

ARTA DE A FI SĂNĂTOS

MUNCA ȘI ODIHNA

În timpul efectuării muncii, organismul omului trebuie să facă față unor cerințe mai mari ca în repaus. De aceea, funcțiile organismului, ale diferitelor organe, aparate și sisteme se modifică pentru a se adapta efortului depus. În activitățile fizice intră în joc mai mulți mușchi care se contractă repede. Dar orice contracție musculară reprezintă un consum de energie, care se obține din transformarea alimentelor introduse în organism cu intervenția oxigenului din aerul respirat. Cu cât activitatea este mai intensă, cu atât este necesar mai mult oxigen, care este transportat la mușchi de sânge. O activitate intensă presupune deci un aport crescut de sânge: de aici necesitatea unei participări mai active a inimii și a vaselor de sânge, respectiv a aparatului cardiovascular. În sânge, oxigenul pătrunde din plămâni, unde ajunge prin procesul respirației. Așadar, este evident că și aparatul respirator are o participare importantă, trebuind să asigure aportul sporit de oxigen. Dealtfel, toate organele, fără excepție, contribuie într-un fel sau altul la efectuarea unui efort fizic.

Unul dintre cele mai solicitate aparate ale organismului în timpul efortului fizic este, desigur, aparatul cardiovascular. Acesta are posibilitatea să se adapteze necesităților organismului și să transporte la țesuturi, și în special la mușchi, cantități suplimentare de oxigen și elemente nutritive absolut necesare în activitatea musculară. În repaus, inima omului adult pompează în vase circa 3—5 litri de sânge pe minut. În efort, această cantitate crește, putând ajunge la 30—35 l pe minut. Frecvența bătăilor inimii crește de





la 70 de bătăi pe minut la 120 și chiar la 150—180 de bătăi pe minut în efortul foarte intens. Modificările respirației reprezintă alte posibilități de adaptare ale organismului nostru la efort. În repaus, omul sănătos respiră 6—8 litri de aer pe minut, iar în munca fizică volumul aerului respirat crește, ajungând la 40—60 de litri pe minut și chiar mai mult, iar numărul respirațiilor ajunge la 20—30 pe minut. Dar modificările produse în timpul muncii dispar în cursul pauzelor din timpul zilei de muncă și la sfârșitul acesteia. Perioadele de timp necesare revenirii variază în funcție de intensitatea și durata efortului depus, precum și de condițiile în care el a avut loc (de exemplu, temperaturi înalte). Astfel, în timp ce la strungar sau lăcătuș pulsul și tensiunea arterială revin la valori normale chiar după 2—3 minute de la încetarea efortului, la muncitorii din secțiile cu temperaturi ridicate, ca, de pildă, la cei care lucrează la repararea cuptoarelor din fabricile de cărămidă refractară, la furnale sau în oțelării, pulsul și tensiunea arterială se restabilesc mult mai încet. La muncitorii din secțiile de cup-toare, perioada restabilirii complete poate dura uneori 45 de minute și chiar mai mult. În asemenea situații nu trebuie însă să ne alarmăm, deoarece simțim încă în domeniul modificărilor normale.

Mecanizarea și mai ales automatizarea proceselor de producție au modificat caracterul muncii, pe primul plan situându-se participarea funcțiilor neuropsihice, a organelor de simț, a atenției, memoriei, gândirii tehnice. În aceste activități nu se constată o cheltuielă importantă de energie și nu se observă modificări deosebite în funcțiile aparatelor cardiovasculare și respirator, dar există încordarea funcțiilor neuropsihice și, dacă munca nu este organizată rațional, apare oboseala la un moment dat. O altă caracteristică a acestor munci este lipsa de mișcare, poziția permanentă șezând, de asemenea cu influențe nefavorabile dacă se mențin timp îndelungat. Adesea activitatea lipsită de efort fizic continuă în timpul liber, viața și munca persoanelor respective caracterizându-se prin sedentarism, cu influență nefavorabilă asupra sănătății, deoarece provoacă reducerea capacității de muncă și chiar îmbolnăviri, uneori nebanuit de grave.

Capacitatea de adaptare la efort se face în anumite limite în ceea ce privește valoarea și durata modifi-

rilor, iar depășirea acestora determină scăderea capacității de muncă și a productivității muncii, diferite tulburări la nivelul organismului și chiar îmbolnăviri sau accidente. De aici decurge necesitatea luării de măsuri pentru a nu se depăși posibilitățile fiziologice și psihofiziologice ale organismului. Una dintre aceste măsuri este odihna. Fie că activitatea sa este preponderent fizică sau preponderent intelectuală, nu există om al muncii care să nu simtă la un moment dat că este obosit. Prima consecință a acestei stări este că persoana respectivă dorește să-și întreprindă activitatea, să se odihnească. Oboseala este un mijloc de apărare a organismului, semnalind necesitatea luării unor măsuri. În aplicarea măsurilor de combatere a oboselii trebuie pornit de la principiul, unanim stabilit de oamenii de știință, că oboseala nu este o boală și că cel mai bun remediu al ei este repausul, odihna, care trebuie organizată în mod rațional, corespunzător muncii efectuate. De aceea, organizarea unui regim rațional de muncă constituie una dintre măsurile de bază în combaterea oboselii, pentru menținerea și creșterea capacității de muncă. Prin regim de muncă se înțelege succesiunea dintre perioadele de activitate și cele de pauză și timpul cât durează acestea. Pentru a obține un efect profilactic corespunzător, pauza trebuie făcută înaintea scăderii manifeste a capacității de muncă și a productivității muncii. Ea are drept scop refacerea funcțiilor fiziologice de bază ale organismului și să dea posibilitatea tuturor organelor și sistemelor care participă activ la muncă să revină în timp util la condiția lor fiziologică din repaus. O pauză prea scurtă este insuficientă pentru refacerea funcțiilor organismului, iar o pauză prea lungă nu asigură toate condițiile pentru menținerea exercițiului obținut în timpul muncii și slăbește starea de antrenament ciștigată cu truda.

În mod științific, la organizarea unui anumit regim de muncă, pentru a preveni oboseala se iau în considerare mai multe criterii în fixarea pauzelor: gradul de oboseală provocat de efortul depus în anumite perioade ale zilei și în medie în tot intervalul celor 8 ore ale schimbului; timpul necesar pentru refacerea funcțiilor organismului după muncă; gradul de pierdere a antrenamentului în timpul pauzei. Numeroase studii arată că aceste pauze se cer rațional folosite, și nu ca repaus complet. Odihna trebuie să fie activă. A te odihni înseamnă, de fapt, a-ți schimba ocupația obișnuită. Pentru destinderea musculaturii sînt indicate mișcări care nu se fac, de obicei, în timpul muncii, antrenându-se astfel masele musculare care nu participă în mod activ la procesul de muncă respectiv. Mișcările se execută în mod rațional, pentru a se ajunge la maximum de efect în prevenirea oboselii. În felul acesta s-a ajuns la organizarea gimnasticii în producție.

O perioadă importantă de odihnă este cea de după muncă, în timpul liber zilnic, în ziua de odihnă săptămînală și ziua liberă lunară. De fiecare depinde modul în care sînt împlinite armonios odihna activă cu cea pasivă, sau somnul. Odihna activă presupune neapărat exerciții de mișcare sub cele mai diferite forme, ca gimnastică, sport, treburi gospodărești, activitate în grădina etc. Una dintre formele cele mai utile și mai simple de odihnă activă este mersul pe jos în aer liber, cel puțin de două ori pe zi, în ritm susținut, pentru a pune în mișcare întregul organism.

Odihna pasivă sau somnul se cere respectat cu strictețe și pe cît posibil cu oră fixă de culcare pentru a ne crea un reflex la dormit. Ca timp necesar de somn pentru un adult sînt suficiente 7—8 ore, cu observația că în prima parte a nopții somnul este cel mai profund și mai odihnitor, spre dimineață devenind superficial și puțin eficient.

Rezultă deci interdependența dintre activitatea productivă și utilizarea timpului liber, munca profesională cît și odihna necesitînd o organizare și o dirijare științifică.

Dr. doc. Bernard BARHAD

ANTIDOTURI PENTRU OBOSEALĂ

Automatizarea și cibernetizarea proceselor de producție, introducerea metodelor științifice de organizare a vieții economice impun noi exigențe adaptative. În aceste condiții, medicina muncii este chemată să se ocupe de sănătatea omului în relația sa cu munca și mediul profesional, de adaptarea lui la muncă și a acesteia la om. Pe de altă parte, ergonomia, dezvoltată din aplicarea fiziologiei și psihologiei muncii, studiază condițiile de desfășurare a activității în vederea normării raționale a acestora.

Munca, fizică sau intelectuală, influențează în mod direct starea de sănătate publică, în funcție de obiectul, ritmul, tipul de activitate și rezultatele obținute de mediul profesional și relațiile de muncă. Toate aceste particularități implică personalitatea umană în cadrul raportului om — mediul de muncă, realizându-se o relație complexă în plan bio-psiho-social.

Domeniul igienei muncii fizice cuprinde studiul tipului și condițiilor de muncă din industrie, agricultură, transporturi, comerț etc. și elaborarea măsurilor necesare menținerii stării de sănătate și prevenirii îmbolnăvirilor. Acestea vizează atât ambianța socială, privind relațiile interumane în colectivele de muncă, cât și ambianța fizică (temperatura, luminozitate, zgomot, vibrații, pulberi etc.) în scopul îndepărtării factorilor de poluare, al prevenirii oboselei și surmenajului.

Igiena muncii intelectuale înglobează perioadele de instrucție școlară, activitatea de cercetare și concepție, de laborator sau proiectare etc. Măsurile de profilaxie a suprasolicitației și oboselei fizice și psihice se referă la volumul și planificarea activității, metodele de muncă, responsabilitatea, competența și satisfacțiile profesionale. Realizarea obiectivelor, desfășurarea în condiții optime a muncii fizice și intelectuale depind în mare măsură de orientarea și selecția profesională. În această ordine de idei este necesar de reținut faptul că fiecare om are anumite trăsături temperamentale în ceea ce privește intensitatea, durata și mobilitatea proceselor nervoase fundamentale. De aceste caracteristici trebuie să se țină seama pentru a se dezvolta tot ce este mai susceptibil de perfecționare în fiecare individ. Menționăm, spre exemplu, înclinația și preocuparea unor persoane încă din copilărie pentru muzică, pictură, literatură etc. La fel este situația elevilor buni, însă nedotați pentru matematică și care, dacă au un pedagog bun, învață să se descurce în acest domeniu, dar fără a reuși să posedă subtilitățile raționamentului matematic. Sau exemplul celor dornici de a conduce automobilul, care, cu toată silința și exercițiile făcute, nu reușesc să depășească examenul de conducere auto.

Atunci când munca este o sursă subiectivă de satisfacție interioară nu provoacă senzația de oboseală propriu-zisă. În asemenea situații, tăierea elanului prin intervenții nepotrivite, blocarea activității prin obligații secundare devin elemente parazitare care pot duce până la dereglări psihosomatice. Fără pasiune, fără dăruire și „risipa” de energie psihică nu există progres. Dar, în această privință, nu există nici un pericol, deoarece această „risipă” nu este impusă din afară, iar cel ce o face din impulsivitatea sa interioară nu resimte de obicei suprasolicitația. Se poate vorbi însă de „oboseala incompetenței”, care conduce la epuizare și complexe de insatisfacție.



Starea de oboseală, surmenajul nervos constituie expresia neadaptării la activitatea desfășurată. De asemenea, este bine stabilit că stimularea cu o anumită frecvență, intensitate și durată a organelor de simț, îndeosebi ale auzului și vederii, poate provoca oboseala rapidă a creierului. La fel, intoxicațiile, indiferent dacă provoacă o stare de excitație sau de narcotăză moderată, determină perturbări în activitatea fină de reglare reflexă a creierului, situații care se remarcă chiar și după șase ore de la consumul unei cantități moderate de băuturi alcoolice sau de medicamente calmante ori somnifere. Efecte asemănătoare de oboseală cerebrală se întîlnesc și atunci când se produce o supraîncărcare nervoasă prelungită în scopul efectuării unei anumite munci. Oboseala nervoasă este variabilă în raport de vîrstă și tipul de sistem nervos, temperament, deprinderi și antrenament anterior, de starea de nutriție și de poziția sufletească la un moment dat. De exemplu, nu este lipsit de importanță faptul că o persoană dotată cu o mare rezistență la zgomotul monoton și cu reflexe întîrziate obosește repede cînd lucrează într-o activitate cu zgomote trepidante sau cînd trebuie să efectueze comenzi mai scurte decît îi permite mobilitatea proceselor sale nervoase.

Încordarea și destinderea constituie fenomenul fundamental al activității oricărei structuri vii, ambele procese exprimînd o activitate calitativ diferită din punct de vedere metabolic, transpusă cel mai sugestiv în alternanța dintre veghe și somn. Perturbarea alternanței ritmului de veghe și somn poate crea fenomenul de surmenaj prin oboseală acută sau cronică a sistemului nervos central, oboseală care se manifestă prin scăderea și denaturarea reactivității reflexe și a capacității de muncă. Este de reținut, totodată, că, în raport de tipul de sistem nervos, vîrstă, deprinderi și starea generală a organismului, durata perioadelor de veghe și somn, ca și orarul lor pot varia, între anumite limite, fără a aduce prejudicii stării de sănătate.

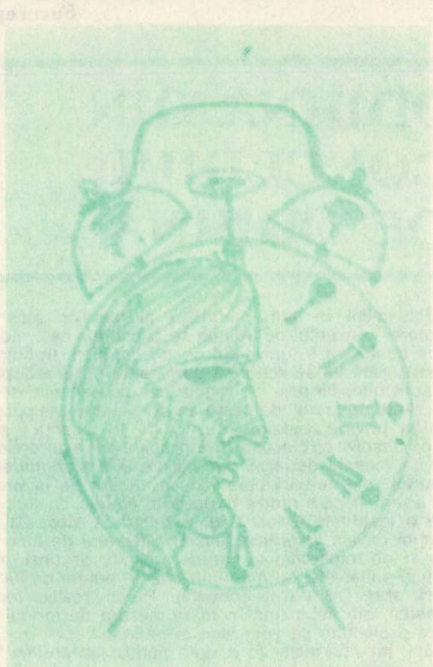
Pentru evitarea surmenajului, în activitățile caracterizate prin succesiunea unor stereotipuri monotone, indiferent dacă este vorba de funcționar, cercetător sau muncitor în uzină, se impune o scurtă în-

trerupere a monotoniei de climat și atitudine. În acest scop, în anumite sectoare se recomandă decorarea adecvată a interiorului, stimularea auditivă prin muzică cu regim de intensitate confortabilă și îndeosebi întreruperea activității monotone printr-o serie de mișcări complexe, în cadrul gimnasticii de grup la locul de muncă. Același sens binefăcător al alternanței ritmurilor îl constituie activitatea sportivă și, în general, destinderea activă de sfârșit de săptămână, prin preocupări plăcute în natură și activități cultural-educative de grup cu efect relaxant.

Sindromul de suprasolicitare, precizat de specialiști pe baza unor examene riguroase, este vindecabil prin cură de repaus activ, de preferință în stațiuni balneoclimaterice de subaltitudine, cu climat confortabil, fizioterapie, tratament de tonifiere și sedare blândă în cadrul unei psihoterapii raționale de susținere.

**Prof. dr. Petre BRÂNZEI,
dr. Vasile CHIRIȚĂ**

Spitalul clinic de psihiatrie „Socola” — Iași



BIORITMURI ȘI CRONOTERAPIE

Majoritatea fenomenelor naturale se desfășoară în timp, cu momente alternante de manifestare maximă și minimă. Este suficient să ne gândim la succesiunea dintre sezoanele reci și calde, dintre zi și noapte, dintre fluxul și refluxul mării sau dintre somn și veghe.

Un fenomen ritmic se desfășoară ondulatoriu, cu maxime și minime care survin regulat la anumite mo-

mente. Geometric, această mișcare ondulatorie poate fi reprezentată prin ceea ce se numește **curba sinusoidă**. Mișcările ritmice au câteva trăsături generale: un timp fix, în cursul căruia se desfășoară o undulație completă, cu un punct de maxim și altul de minim, cu reveniri la poziția inițială, urmată iar de creșterea deplasării pînă la maxim cu trecerea iarăși prin minimum și așa mai departe. Timpul în care se execută o undulație completă se numește perioadă; cu cît perioada este mai scurtă, cu atît numărul oscilațiilor complete în unitatea de timp, respectiv pe minut, este mai numeros. Acest număr constituie frecvența. Ritmicitatea fenomenelor biologice, adică bioritmurile, se clasifică astfel după frecvența lor:

Bioritmuri de frecvență înaltă, cum sînt cele ale fenomenelor ce se petrec în sistemul nervos, în transmitia biocurenților electrici ce se înscriu ca electroencefalograma sau ca electrocardiograma, respirația, pulsul, ritmurile biochimice-metabolice din celule; **Bioritmuri** (sau pe scurt ritmuri) **circadiene**, denumite și **diurne** sau **nictimerale**, care se desfășoară cu undulație completă în timp de 24 de ore, așa cum sînt alternanța între veghe și somn, variația componentelor sanguine a căror concentrație maximă poate fi dimineața sau seara, variația temperaturii cu maxim în jurul orei 17. De asemenea, sensibilitatea la medicamente și rezistența la factori nocivi au bioritmicitate circadiană. De aici se poate deduce că față de aceleași medicamente omul nu răspunde la fel la orice oră, după cum față de aceiași agenți nocivi — microbi, virusuri sau substanțe toxice — nu este la fel de expus, independent de moment, în cursul celor 24 de ore;

Bioritmuri de frecvență joasă, al căror timp de undulație completă poate fi de 30 de zile (cum este ciclul menstrual) sau chiar de 6 luni sau un an (cum sînt bioritmurile senzoriale de morbiditate și mortalitate prin anumite boli. Studii statistice facute la unele spitale mari din lume au relevat faptul că majoritatea îmbolnăvirilor cardiovasculare cît și mortalitatea cea mai crescută prin aceste boli se produc în lunile februarie și martie, iar cazurile cele mai numeroase de pneumonie apar în luna decembrie, chiar în țări calde. De asemenea, la persoanele care, călătorind în special cu avionul, traversează „fusuri orare” diferite în 24 de ore, trecînd de la zi la noapte sau invers, ritmicitatea circadiană nu dispare, dar se pot schimba anumite caracteristici, ca de pilda, perioada și momentul de manifestare maximă a funcției.

Regularitatea desfășurării fenomenului în timp face ca previzibilitatea să fie posibilă, așa încît să se poată deduce dinainte momentele de maximă sau minimă manifestare a fenomenului. Avînd la bază această realitate incontestabilă a fenomenelor naturale, inclusiv cele biologice, în ultimele decenii ale secolului nostru s-a constituit o nouă știință, **cronobiologia**, cuvîntul grecesc *chronos* desemnînd noțiunea de timp. Această știință are la bază ideea că organizarea spatiotemporală este o proprietate fundamentală a sistemelor vii, insuficient cunoscută, studiată și luată în considerare de către medici, biologi, farmaciști și farmacologi, pînă în prezent. Se vorbește chiar de așa-numitele „orologii biologice”, adică structuri organice care ar funcționa ca niște „ceasornice” reglînd, prin neurotransmisie sau prin alte mecanisme reglatoare, periodicitatea, respectiv ritmicitatea multor funcții.

Dacă organizarea spațială a materiei vii este exprimată în complexitatea formelor și structurilor întîlnite la ființe, organizarea temporală constă în ritmicitatea fenomenelor biologice, în oscilațiile funcțiilor vitale, în manifestările de sensibilitate și rezistență față de agenții terapeutici sau cei nocivi. Activitatea ritmică se manifestă la niveluri de organizare celulară, moleculară, organică și tisulară cum sînt, de pilda, ritmurile endocrine, ciclul menstrual, ritmul respirației sau ritmul pulsului cardiac. Ritmicitatea se mai manifestă și la nivel de populații de ființe vii, ca, de exemplu, migrația sezonieră a păsărilor din zonele reci în zo-

nele calde și invers. Pentru medicină, cronobiologia are un obiectiv precis: cunoașterea structurii temporale a organismelor și a alterărilor sale patologice, pentru a le putea corecta prin tratamente adecvate, bine conduse în timp. Cronobiologia medicală cuprinde importante capitole pe domenii circumscrie, dintre care: cronofiziologia — studiul funcțiilor normale ca ansamblu bioritm; cronopatologia — cercetarea manifestărilor de boală raportate la timp; cronotoxicologia — a fenomenelor de intoxicație în funcție de bioritmicitatea organismului, și cronofarmacologia — studiul bioritmicității organismului în răspunsul său la medicamente. Aceste două ramuri din urmă converg către constituirea cronoterapiei, a cărei dezvoltare este urmărită cu interes, scontându-se pe reducerea cantității zilnice la doza eficientă a medicamentului cu scăderea afit a consumului excesiv de medicamente cit și a efectelor sale adverse sau nedorite, ce pot transforma tratamentul într-o nouă cauză de îmbolnăvire. Este locul și momentul să atragem atenția asupra faptului că unele persoane își fac și tratamente după păreri proprii, cind au temperatura, îi doare în gît, tuseșc mai greu, au diaree și dureri abdominale etc., folosind antibiotice sau alte medicamente despre care au auzit vorbindu-se că sînt eficace în stări patologice asemănătoare. Aceste persoane stabilesc dozele „după ureche”, fără aviz medical. Cîte hemoragii digestive — destul de grave — s-au produs prin folosirea unor doze nepermise de aspirină, în tratamente de durată variabile și cu orarul administrării stabilit după cum a crezut persoana suferindă! Din ansamblul datelor, faptelor de observație — experimentale și clinice — semnalăm cîteva aspecte importante pentru medicină și folosirea rațională a medicamentelor. Sensibilitatea unui organism față de un agent dat, cu acțiune farmacologică toxică sau cancerigenă nu este constantă în timp, ci variază în mod periodic și deci previzibil. Cele mai multe cercetări în acest domeniu se referă la bioritmurile circadiene. Foarte interesante pentru ritmurile de susceptibilitate sînt observațiile lui Halberg, Haus și colaboratorii din Minnesota. Ei au lucrat pe loturi similare de 10-20 șoareci de aceeași greutate și același sex. Aceștia au primit din 4 în 4 ore o doză fixă dintr-un agent potențial nociv: endotoxină bacteriană, raze X, ouabaină. Aceași doză de agent nociv, care la unimită oră este mortală pentru 80 la sută din animale, omoară numai 20 la sută dintre ele dacă este administrată cu 12 ore mai tîrziu sau mai devreme. Asemenea ritmicități au fost demonstrate și pentru efectul cancerigen al unor hidrocarburi aromatice (dimetilbenzantracen) la șobolan. Diviziunea celulară, așa-numitele mitoze și proliferările celulare sînt și ele supuse unei bioritmicități circadiene, anumite faze ale multiplicării petrecindu-se la momente fixe. În terapia cu agenții numiți citostatici — folosiți în tratamentul cancerului sau al unor boli de sînge maligne — această bioritmicitate a fost luată în considerare. La noi în țară sînt deja încercări făcute cu așa-numita terapie sincronizată în boli maligne (Catedra de hematologie în colaborare cu Institutul de medicină internă „N. Gh. Lupu”). Mai pot fi citate și cercetări de farmacologie în funcție de fazele sistemului circadian la omul sănătos, ca, de pildă, bioritmicitatea compușilor androgeni în acțiunea lor asupra proliferării celulare normale, bioritmicitate în funcția insulinei și glucagonului. De asemenea, cercetări importante de bioritmologie endocrină au fost întreprinse la Institutul de endocrinologie „C. I. Parhon”.

Din cercetările de bioritmicitate circadiană întreprinse în Institutul de medicină internă „N. Gh. Lupu” menționăm o schemă sugestivă pentru tratamentul hipercolesterolemiei, în acord cu momentul de maxim al sintezei colesterolului. Clofibratul, care acționează asupra formării acidului mevalonic, etapă importantă în sinteza menționată, ar putea fi administrat mai eficient, așa încît concentrația sa maximă în organism să fie obținută către miezul nopții, deoarece acesta este și momentul maxim al sintezei co-

lesterolului în ficat (după date experimentale). Sugestii similare s-ar putea face și pentru medicamentele alcătuite din compuși izoprenoizi și triparanol, agenți hipocolesteroleminanți. Orarul administrării medicamentelor — cel puțin în tratamentele cronice, de lungă durată, sau în folosirea antibioticelor ar beneficia de o revizuire în lumina cronofarmacologiei. Terapia aplicată în funcție de oră, deci de structura temporară a organismului, și de momentul de maxim al procesului vizat (sinteze, proliferare celulară, proliferare bacteriană) poate avea trei importante consecințe: reducerea dozelor eficiente; diminuarea efectelor secundare adverse, nedorite, cit și de rezistență la tratament; restaurarea structurii temporale a unui organism cînd aceasta este tulburată prin boală. La aceste aspecte strict biologic-medice se poate adăuga marelui avantaj al economicității: se reduc și cheltuielile mari pentru medicație excesivă, uneori dăunătoare bolnavului și inadecvată din punct de vedere al scopului de însănătoșire urmărit.

Dr. doc. Marcela ZAMFIRESCU-GHEORGHIU
Institutul de cercetări chimico-farmaceutice
București

ODIHNA DIN CONCEDIU DE ODIHNĂ

Echivalent în anii maturității al fostelor vacanțe școlare, concediul de odihnă se constituie ca o etapă bine conturată în universul nostru cotidian. În timpul desfășurării lui se schimbă dominantă de preocupări și activitate, fiindcă, de regulă, se face altceva decît în „zilele de lucru” de peste an. Și așa cum ne putem aminti, privind nostalgic în urmă, în vacanța mare, după absolvirea clasei a III-a primară am avut oreion, ori că vacanța de iarnă din clasa a IX-a a zburat sub semnul unei tulburătoare idile în tabăra de la Bran, tot astfel fiecare dintre concediile anuale de odihnă are o identitate unică. Sau ar trebui să aibă. Ca să simțim că am valorificat plenar intervalul de timp liber și ne întoarcem la muncă odihniți, destinși, mai bogați sufletește, cu mai mult chef și putere de lucru decît eram înainte de concediu. Putem realiza toate acestea, ele depinzînd în mare măsură de modul în care proiectăm ce vom face în perioada concediului anual, iar libertatea de a opta pentru un anume fel de concediu ne și angajează răspunderea față de rezultatul planurilor noastre.

Ce planuri, vor protesta adepții „concediului la întimplare”, pînă și timpul liber să fie strîns în chingile unui program? E mult mai bine să faci, pur și simplu, ce-ți cere inima, de la o zi la alta, să simți că nu mai ești obligat să te încadrezi în rigoarea orelor exacte și a unor activități de la care nu te poți sustrage. Cum altfel însă decît pe baza unor demersuri organizate, anterioare începerii concediului, poți beneficia de un tratament la Baile Herculane sau la Mangalia și chiar să ai siguranța locurilor „la odihnă” pe litoral sau la munte? Cu cit ar fi mai comod să-ți acorzi libertatea de a aștepta în nesiguranță la „un bilet în plus” sau de a improviza o soluție îndoieală pe cont propriu?

Bănuim că eventualii noștri cititori care nu concep un concediu decît „programat în amănunt” sînt încințați. Ei nu admit nici o incertitudine, sînt contra nehotărîților, a neglijențelor. Fermi în orice împrejurare, nu țin seama de ploaie sau caniculă, nu admit

variante de traseu, nu se lasă tentați să-și schimbe planurile după dispoziții de moment, după evenimente ce survin neprevăzute, insensibili la sugestiile sau rugămintele altora. Totul e pus la punct cu mult înaintea începerii concediului. Ca la un comandament. Se stabilesc itinerarii, se calculează distanțele de parcurs, locul și timpul de popas, se fac liste de „echipament”, se repartizează bagajele pe „purători” și atribuțiile fiecăruia. Pentru asemenea comandanți de vocație, concediul oferă un timp larg desfășurării aptitudinilor organizatorice. Numai că adesea parcă e cam prea mult. Rivna de a îndeplini, punct cu punct, planul conceput ajunge aproape să transforme în obligații ceea ce ar trebui să fie răgaz, tihnă și, de ce nu?... chiar luxul de a nu ști în fiecare moment cât e ceasul sau dacă e luni ori marți. După cum n-ar fi nici o nenorocire dacă ne-am permite, din cînd în cînd, tocmai fiindcă sîntem în concediu, să ne răsfațăm cu nevinovate îngăduințe față de obiceiurile noastre din timpul anului, privind, de pildă, timpul de somn, ținuta vestimentară, fără a mai vorbi de ocupații.

De data aceasta am dat apă la moară celor care concep concediul ca pe un interval de maximă îngăduință, încălcînd opreliștile cărora li se conformează în „zilele de lucru”. Mai ales ca regim de viață. Persoane care înțeleg „să trăiască din plin în concediu”. Și atunci mîncînd sărat, se regaleză cu prăjituri, se ridică împotriva cumpătărilor la fumat și băut, își fac o glorie relatînd cîte nopți albe au însumat, cîte ore în șir au stat în apă sau cîți kilometri au parcurs fără escală. Bineînțeles, cu mașina. Așa concep ei să profite de concediu. Dar cît de bine trăiesc acești permișivi cu timpul lor de odihnă, dușmani ai propriei sănătăți?

Sînt poate mai cîștigați cei care, în concediu, nu-și ies deloc din ritmul de muncă și „nu-și îngăduie să se odihnească”? Acela care își lasă, special pentru zilele de concediu, tot felul de treburi casnice care iau locul celor profesionale. De la zugrăvit, la diverse reparații și îmbunătățiri aduse locuinței; de la preparat conserve, la rearanjarea cărților în bibliotecă, dar numai acțiuni complicate, care cer timp, efort, pricepere. Un pulovăr început cu un an înainte așteaptă, ca un reproș, cu mîncile pe jumătate tricotate, concediul viitor, ca să fie terminat și montat, așa cum rafturile din debara, cămară sau pod au nevoie de încă o săptămînă de concediu, de rivnă asiduă, ca să fie puse în stare de folosire. Asemenea treburi, aminate, vin să se instaleze, prin voința noastră, despotice, ca niște corvezi, tocmai în oaza luminoasă a zilelor de concediu. De ce? Ca și cînd nu ar fi suficiente acele concedii fără odihnă, pe drept dedicate de părinți „treptelor” școlare ale copiilor, bacalaureatului sau altor examene și concursuri. Sau concediile, care tot de odihnă ar fi, petrecute în tensiune, lîngă părinți și socri bătrîni și bolnavi.

Nu e ușor de ținut cumpăna între bucuriile și serviciile vieții noastre, ca să facem parte dreaptă și odihnei anuale. Dar această odihnă mai depinde de ceva: de cei cu care ne petrecem (sau doar ne trecem) concediul — familia, prietenii.

Sîntem fericiți cînd copiii noștri, adolescenții, ne mai acceptă să-i însoțim în concediu. Fericiți chiar dacă trece tare greu timpul cînd îi așteptăm să se întoarcă noaptea de la discotecă sau chiar dacă nu ne convin întotdeauna prietenii lor. Cît despre ai noștri, uităm adesea că relațiile de prietenie sînt printre puținele relații interumane care se pot infiripa și dăinui libere de obligații, constrîngerii, interese. Nu avem suficient temei să rămînem legați, în virtutea unor aranjamente din trecut, de niște prieteni cu care avem experiența cîtorva concedii ratate. Numai fiindcă „așa am apucat” și ne-am deprins să ne facem împreună concediul. Cum nu plecăm în concediu îmbrăcați cu cel mai incomod costum de haine sau cu rochia pe care n-am putut-o suferi de cînd o avem, măcar tot astfel nu e bine să ne „ucidem” concediul, alături de o prietenă pisaloagă, de un cuplu care este

mereu în dispută, de persoane incomode, gălăgioase, nepunctuale, egoiste.

Fiindcă atunci odihna nu mai e odihnă, iar noi avem cu toții nevoie anual de această perioadă, care de aceea a și fost statuată ca atare sub denumirea de concediu legal de odihnă. Au nevoie chiar și cei care își fac un titlu de glorie din faptul că solicitările lor profesionale sînt atît de speciale și importante încît ei ar fi de neînlocuit și deci nu pot să-și ia concediu. Este mai curînd o dovadă de insuficient spirit de organizare decît de abnegație, devotament și competență.

Am putea spune deci că fiecare dintre noi are odihnă pe care o merită, adică pe care a știut să și-o acorde, să și-o pregătească și să o savureze.

Astfel analizat, concediul nostru, doritul, dragul nostru concediu de odihnă, ne apare într-o culoare cam sumbră, dezvăluindu-și mai ales neajunsurile, dilemele, pericolele. Dacă nu am insistat pe cunoscutele și trăilele de toți bucurii, pe aspecte luminoase, tipice zilelor de concediu, am făcut-o ca să vă sugerăm cum să proiectați și să înfăptuiți, de fiecare dată, un concediu cu totul și cu totul minunat, de care să vă amintiți, ca și de vacanțele copilăriei, ca de ceva unic, pentru fiecare dintre anii noștri de muncă.

Dr. în pedagogie Luminița GHIVIRIGĂ
director al Universității culturale-științifice
București

SOMNUL NORMAL LA DIFERITE VÎRSTE

Pe baza cercetărilor efectuate la Clinica neurologică a I.M.F. Tg. Mureș pe loturi de indivizi sănătoși, s-a ajuns la concluzii interesante privind somnul normal la diferite grupe de vîrstă, pe care le prezentăm mai jos.

Somnul nou-născutului la termen. Cercetările noastre și ale altor specialiști au arătat că la nou-născutul la termen organizarea somnului este bine definită, fiind identificate încă de la naștere două tipuri de somn. Primul, cel mai constant și caracteristic, este traseul lent de tip „alternant” al „somnului calm” sau al „somnului lent”, constituit dintr-o activitate discontinuă de 0,5—3 c/s, survenind pe un fond de activitate mai rapidă, formată din unde de frecvență între 4 și 8 c/s (de jos voltaj). Al doilea tip este cel al unui traseu plat și „ritmic” de 4—6 c/s, însoțit și de mișcări oculare, care poate fi socotit drept prima expresie a stadiilor REM (P.M.O.) de la adult, denumit și „somn activ”, „somn d”, sau „somn paradoxal”. Acest al doilea tip are la nou-născut o serie de particularități, în sensul că survine ciclic, la 35—60 de minute, dar prezintă durate mai lungi (pînă la 30, chiar 40—45 de minute), uneori putînd surveni și după perioade de veghe sau între două stări de veghe. Pe de altă parte, în primele două săptămîni de viață nu există diferență între noapte și zi în ce privește ciclurile de somn. Durata medie de somn la nou-născut este de 15—19 ore în decursul primei luni de viață, starea de somn calm (somn lent) ocupînd 30 la sută din timpul de somn, iar stările de somn REM (P.M.O.) corespunzînd unei

proportii medii de 40—45 la sută, restul de 20—30 la sută fiind ocupate de stări intermediare mai puțin bine definite. Cercetări efectuate de colectivul nostru au stabilit că și în cadrul somnului lent la nou-născuți se pot individualiza diferite stadii. Cu toate dificultățile de apreciere, organizarea nictemerală a somnului la nou-născutul normal este deosebit de utilă, în vederea studiului comparativ al dezorganizării somnului în patologia hipnică neonatală.

Somnul copilului. S-a constatat că de fapt „construcția” somnului începe să se precizeze doar după a treia lună de viață, prin creșterea duratei ciclurilor de somn, prin descreșterea odată cu vîrsta a duratei somnului REM, cu schimbarea proporțiilor celor două tipuri de somn, ca un indicator important al maturizării sistemului nervos. Cercetările noastre pe 30 de copii normali între 6 și 12 ani au evidențiat o mare variabilitate individuală a organizării somnului, totuși cu posibilitatea reținerii, pe grupe de vîrstă, a unor durate medii a tipurilor de somn pe diversele grupe studiate. Se poate aprecia că, deși profilele de somn se apropie, în linii mari, de cele ale adultului, există totuși o mare variabilitate de „arhitectură” a diverselor stadii de somn lent și somn REM (adesea cu intricări, cu stări tranzitionale în cadrul diverselor cicluri și cu numeroase faze REM atipice) fără să poată fi considerată patologică. De asemenea, am surprins pe diversele trasee electroencefalografice al unor anomalii (descărcări de unde lente ascuțite și chiar de polivîrînde) — în cursul diverselor stadii de somn, fără ca acestea — în contextul clinic — să aibă semnificație patologică. Considerăm că cel mai specific caracter al activității electroencefalografice de somn la copii este hipersincronia, deosebit de evidentă, mai ales pînă la vîrsta de 7 ani. Astfel, complexe K, virfurile bifazice centrale și parietale pot să îmbrace caractere paroxistice, sub forma unei hipersincronii, care, îndeosebi la ațipire și în stadiile III și IV (dar de multe ori și în stadiile Ib și II), îmbracă aspecte de bufeuri de unde lente de mare voltaj, adesea cu un caracter „pseudoepileptic”, în fața căruia se impune discernămint și circumspecție în interpretare, putînd fi interpretate ca și grafoelemente de „granită”, la limita dintre normal și patologic, respectiv ca și semne de „imaturitate” cerebrală.

Somnul adultului. Ciclul de somn, constituit dintr-o perioadă de somn lent și dintr-o perioadă de somn REM, poate fi considerat drept „unitate de somn”, a cărei arhitectură și durată variază în decursul nopții. Astfel, s-a stabilit că, la adult, numărul normal de cicluri este de 5—6 pentru o durată de somn de 8 ore. Durata totală normală a somnului cu mișcări oculare (REM) este în medie de la 90 de minute pînă la două ore, adică de 18—25 la sută din durata totală a somnului, în timp ce durata somnului lent este între 6 și 6 ore și 30 de minute, adică între 75 și 82 la sută din ansamblul somnului. Primul ciclu, cu o durată de aproximativ două ore, este format dintr-o lungă perioadă de somn lent și dintr-o perioadă REM de scurtă durată (10—15 minute). În constituția somnului lent se întîlneste atît somn lent superficial, cît și o lungă fază de somn lent profund. Perioada REM din acest prim ciclu este sîracă în mișcări oculare și cu undele în „dinți de fierăstrău” de la electroencefalogramme mai puțin tipice. În cursul următoarelor cicluri asistăm la combinații variabile de somn lent superficial și de somn lent profund, iar perioadele de somn REM tind să se prelungească.

În partea a doua a nopții, ciclurile sînt mai scurte și au tendința de a se reproduce la 60—80 de minute. Pe măsură ce înaintăm în noapte, și îndeosebi spre dimineață, perioadele de somn REM sînt mai lungi, se îmbogățesc în activități faze, mișcările oculare fiind foarte bine precizate spre sfîrșitul nopții și spre dimineață. Deci iată cum se prezintă „profilul” tipic al unei nopți de somn: adultul trece succesiv prin cinci stadii de somn lent, începînd cu somn lent superficial pînă la somn lent profund, care se desfa-

soară în primele două ore de somn. Prima fază de somn paradoxal (REM) apare în general la 120 de minute după adormire, durează în medie 15 minute și marchează terminarea primului ciclu de somn. Urmează al doilea ciclu, cu durată medie de 91 de minute. În acest fel, în cursul unei nopți se succed 5—6 cicluri de somn și de faze paradoxale, astfel încît, la sfîrșitul nopții somnul REM va constitui 18—25 la sută din timpul total de somn, adică în medie 60—120 de minute. Se poate aprecia că, în condiții normale, fiecare ciclu debutează printr-o perioadă de somn lent, iar stadiile REM sînt precedate de regula de perioade de acest tip de somn. Deci, cu excepția unor tulburări ale somnului, fiecare perioadă REM este precedată de o perioadă de somn lent și normal, care nu survine niciodată la debutul somnului de noapte, decît rareori și în cantități foarte mici în cursul somnului de zi, chiar dacă individul se plasează în condiții experimentale de obscuritate. În general, somnul lent care precedă și urmează unui stadiu de REM este un somn lent superficial, deși, din experiența colectivului nostru, rezultă că aceasta nu este o regulă generală și absolută, întrucît în cursul nopții se poate intra în somn REM și dintr-un stadiu de somn lent profund, iar în a doua parte a nopții și spre dimineață și dintr-o scurtă stare de veghe. Perioadele de somn REM sînt inițial mai scurte în primele cicluri (2—5 minute, rareori 10—15 minute), apoi devin mai lungi (10—15—20 de minute). Există deci o organizare temporală destul de precisă a celor două tipuri de somn, cu o „arhitectură” bine stabilită, care nu lipsește decît în rare circumstanțe: fiziologice (la nou-născuți, la unii copii și bătrîni) sau patologice (în hipersomnii, insomnii, la mulți bolnavi epileptici sau cu suferințe vasculare cerebrale).

Variațiile în producerea și caracterele ciclurilor de somn sînt adesea mari de la pacient la pacient și chiar la același de la o noapte la alta, deci diagramele care schematizează curba somnului de noapte sînt de valoare orientativă. Prezentăm mai jos un exemplu orientativ de structură normală a unei diagrame de somn la un individ de 32 de ani, care într-o înregistrare de somn de 8 ore și 32 de minute a avut 6 cicluri de somn:

Cicluri	Durata în minute		
	Totală	Somn lent	Somn REM
I	115	102	13
II	83	67	16
III	82	68	14
IV	108	86	22
V	72	48	24
VI	52	36	16

Există cazuri la care în a doua perioadă a nopții se pot remarca mai multe perioade succesive de somn REM, trecerea de la una la alta fiind marcată prin scurte perioade de trezire sau printr-o mișcare însoțită din punct de vedere electrografic de o scurtă „ușurare” electroencefalografică, caracterizat printr-o activitate alfa.

Somnul vîrstnicului. Involuția somnului la vîrstnici este marcată îndeosebi prin dificultățile de adormire, prin frecvența trezirilor nocturne, prin multiplicitatea ciclurilor de somn nocturn în general, procentaje mai reduse decît la adulți, și, în general, sînt mai scurte (în medie cîte 10 minute și chiar mai puțin), iar cele care se prelungesc mai mult sînt frecvent fărîmițate de scurte perioade de trezire. De multe ori, stadiile REM sînt agitate, însoțite de mișcări de masticție, bruxisme și respirații neregulate. Morfologia electrografică a undelor electroencefalografice este atipică, în general acestea fiind mai lente sau mai plate, cu „dinți de fierăstrău” atipici și cu mișcări oculare pu-

ține.

Cercetările efectuate de colectivul nostru au arătat că organizarea somnului vîrstnicului diferă mult de cea a adultului, prin fărîmîțarea, neregularitatea și multiplicarea ciclurilor de somn, prin frecvența trezirilor în cursul diverselor tipuri de somn, prin numeroasele variații și schimbări de stadii, prin reducerea de obicei a somnului lent profund și a fazelor REM, prin dificultățile de adormire și prin facilitatea trezirii matinale (insomnii de adormire și/sau de trezire), precum și prin importante modificări respiratorii și cardiace. În general, primele cicluri de somn sînt mai scurte, cele mai lungi survenind spre sfîrșitul nopții, ceea ce marchează o inversiune nocturnă în raport cu somnul adultului. Experiența noastră evidențiază că asistăm fie la reduceri ale procentajelor somnului REM (de obicei), fie, dimpotrivă, la creșteri impresionante ale acestora, histogramele de somn luînd aspectul celor întîlnite la copii.

Prof. dr. doc. LIVIU POPOVICIU
Șeful clinicii neurologice
I.M.F. Tg. Mureș

SĂNĂTATEA ÎN LUME

● **Numărul robinetelor la 100 000 de locuitori** este un mai bun indicator al stării de sănătate decît numărul paturilor de spital, apreciază dr. Halfdan Mahler, directorul general al O.M.S. Acest număr atestă, după opinia sa, un anumit grad de igienă și sănătate individuală și colectivă. ● **Somnul electric poate fi eficient în combaterea fenomenelor de oboseală excesivă datorate percepției fluxului informațional mult crescut**, apreciază cercetătorii de la Institutul de biofizică al Academiei de științe a U.R.S.S. ● **Fumatul este în creștere în Canada, în rîndul copiilor și puberilor de ambele sexe**, 6 la sută dintre aceștia fiind copii care au depășit 10 ani, 30 la sută sub vîrsta de 18 ani și 70 la sută tineri care au depășit această vîrstă. Una dintre consecințele constante la acești fumători precoci: fac frecvent „răceli” și sînt predispuși la angine de patru ori mai mult decît copiii și adolescenții nefumători. ● **Un complex de aparate** a fost pus la punct de un colectiv de specialiști de la Institutul de cercetări științifice pentru traumatologie și ortopedie din Riga (R.S.S. Lituaniană), cu ajutorul căruia medicii obțin date despre proprietățile mecanice ale osului fracturat în diferite stadii de vindecare, modificările care survin în proprietățile biomecanice ale acestuia. Pe baza acestor date comunică bolnavilor cu traumatisme osoase cum și cînd vor putea să-și reia activitatea normală. ● **Cura lui Kneipp**, atît de mult apreciată de bunicii noștri, a fost inițiată de unul dintre pionierii hidroterapii — Sebastian Kneipp. Ea constă în restabilirea relațiilor dintre om și natură, soare și aer curat, prin treceri brusce de la rece la cald, mișcare și plimbări în natură. Una dintre modalitățile de aplicare o constituie plimbările matinale — după răsăritul soarelui, cu picioarele goale prin iarba udă de rouă. Oricît ar părea de bizar, cele mai sensibile persoane la răceli, după o serie de plimbări de acest fel, nu se mai îmbolnăvesc.

● **Muzică, audiții literare și conferințe la indicația medicilor** constituie într-un tratament adjuvant, denumit estetoterapie, s-au dovedit eficiente pentru pacienții unui spital din Tallin (R.S.S. Estonă). Medicii au elaborat aproximativ 100 de programe curative în colaborare cu psihologi, literați și critici de artă, programe care după aplicare au îmbunătățit sensibil starea bolnavilor cu diferite afecțiuni, influențînd pozitiv tratamentul de bază. ● **O nouă metodă de anestezie dentară**, cu ajutorul microcurenților a fost experimentată cu succes de stomatologi din orașul Nalcik (Caucazul de Nord). Creatorul metodei, inginerul Nikolai Nesmeiamov, a prezentat stomatologilor un aparat conceput pe baza unor parametri optimi de microcurenți, unici pentru toți pacienții. Un electrod al aparatului este fixat la bormașină cu care lucrează stomatologul, iar celălalt de lobul urechii pacientului. În timpul acționării bormașinei, acesta nu are nici o senzație neplăcută. Autorul apreciază că noul aparat poate fi folosit și în tratamentul sciaticii și nevralgiei de trigemen. ● **Ultrasunetele de mică intensitate acționează profilactic asupra țesutului tumorilor maligne**, afirmă cercetătorii de la Centrul oncologic al Academiei de științe medicale din Moscova, crescînd considerabil reacția acestor celule la acțiunea radiației ionizante, la distrugerea formațiunilor maligne. Totodată, specialiștii în optică din Chișinău (R.S.S. Moldovenească) folosesc ultrasunetele la curățarea lentilelor renunțînd la benzină și acetona, dar accelerînd procesul de prelucrare a pieselor optice. ● **Populația continentului african** consumă cu 10 la sută mai puține alimente decît cu un deceniu în urmă, cu toate că importurile în acești ani au crescut. Subnutriția se explică prin inechitatea prețurilor materiilor prime pe care le exportă comparativ cu cele de la import. ● **În sudul deșertului Sahara**, anul 1981 a reprezentat al zecelea an consecutiv de scădere a producției alimentare pe locuitor. 40 000 de copii au murit zilnic, alți 100 de milioane s-au culcat în fiecare seară flămînzi, 10 milioane și-au pierdut capacitatea fizică și mintală, arată un document al UNICEF.



Doi dintre numeroșii liceeni americani care consideră consumul de băuturi alcoolice un lucru firesc

FĂRĂ SPORT NU POTI SĂ FII SĂNĂTOS

Carmen Bunaciu — vicecampioană mondială la înot, Ana Ciobanu — campioană europeană la pistol standard, și maestra internațională de șah Elisabeta Polihroniade, trei renumite reprezentante ale sportului românesc, la rugămintea noastră, au destăinuit cititorilor câteva dintre gândurile lor despre sport și frumusețea lui.

S-a scris și se scrie mult despre acest subiect. Publicații de specialitate și reviste literare ne informează despre clasamente și golaveraje. Nu e nimic rău în aceasta, doar că încă nu vedem oameni asaltând stadioanele, pentru a face ei înșiși sport. Prea mulți tineri se rezumă doar la orele de educație fizică de la școală (și asta în caz că nu au „scutire medicală”).

Nu este nevoie să fii neapărat fotbalist sau atlet pentru a fi în formă sau pentru a face mișcare. Sperăm că cele spuse de cele trei reputeate sportive vor îndemna mai ales femeile către cele trei sporturi — înot, tir și șah —, iar mamele vor înțelege mai bine de ce sportul e necesar pentru sănătatea copiilor lor.

Carmen BUNACIU: Toți știu că sportul e bun, că te face mai puternic, mai rezistent la îmbolnăviri. Dar ca să începi să-l practici, trebuie mai întâi să-l îndrăgești. E greu să-ți dai seama de adevărata frumusețe a sportului numai citind zărele sau uitându-te la televizor. Sportul îl poți iubi numai dacă vii pe stadion, pe teren, la bazin. La început ești spectator, dar apoi vei dori și tu să înoți sau să alergi, să sari.

Când am început să înot eram în clasa I. Acum însă copii de vîrsta de un an, care abia învață să meargă, știu să înoate. E foarte bine; și totuși sînt încă puțini copiii care practică acest sport. Am dori să fie mai mulți părinți care să-și aducă copiii la cursurile de inițiere. Am dori, de asemenea, mai mulți spectatori la campionatele de înot.

La performanță ajungi numai cu trudă și respectînd un program de viață ordonat. Pînă și somnul este mai bun, mai profund după



orele de antrenament. Sînt și emoții, atunci cînd lupți să ajungi primul, dar satisfacția este extraordinară cînd auzi aplauzele suporturilor. Noi concurăm și pe vreme rea și în apă rece. S-a întîmplat să înot și pe ploaie, însă nu-mi aduc aminte să fi fost vreodată bolnavă. Numai prin sport îți poți căli organismul.

Ana CIOBANU: Poate că sportul pe care-l practic nu este așa de spectaculos, iar poligonul de tir nu e plin cu spectatori ca un stadion unde se dispută un meci de handbal. Dar dacă ar fi să o iau de la început, tot tirul l-aș alege. Pentru că mi-a adus satisfacții deosebite și numeroase medalii. Cele mai frumoase clipe sînt cînd urci podiulul de premiere și auzi cîntîndu-se Imnul de stat al României.

Rezultatele bune vin greu și trebuie să muncești mult pentru ele. Sînt necesari ani de eforturi pentru a te putea afirma. Ar fi greșit dacă s-ar crede că tirul este un sport ușor:iei pistolul și tragi. Nu este chiar așa. Nu e deajuns să nu-ți tremure mîna. Trebuie să fii calm, să dai dovadă de stăpînire de sine, de concentrare maximă. Toate acestea sînt posibile prin continua îmbunătățire a stabilității organismului, care se obține prin sute de exerciții fizice efectuate în cadrul antrenamentelor, în principal aler-



gare, înot, gimnastică. La concursuri, după ce a trecut încordarea, cea mai bună relaxare este o alergare de 15—20 de minute. Convingerea mea este că fără sport nu poți fi pe deplin sănătos.

Elisabeta POLIHRONIADE: Deși șahul este prin excelență un „sport al minții”, vechiul dicton „Mens sana in corpore sano” este și aici valabil. Nu ești un bun șahist fără o bună pregătire fizică. Marii jucători sînt și buni înotători sau jucători de tenis. Exemplul maxim este campionul mondial de șah Anatoli Karpov, care are un program de pregătire asemănător cu cel al cosmonauților.

Astfel, frumuseții spirituale a șahului i se adaugă și o armonioasă dezvoltare fizică.

Dar însuși jocul de șah — care este cea mai frumoasă luptă pașnică — este minunat. Te învață să înveți, să perseverezi, să te desăvârșești. Este un joc deschis, pe față, în care nu există retragere. Goethe spunea că șahul este piatra de încercare a inteligenței.

Stînd ore întregi în fața pieselor, încercînd să rezolve o problemă, șahistul obișnuit descoperă frumusețea tainică a șahului și atunci te întrebi dacă nu e mai fericit decît un mare maestru. Ca să nu mai vorbim de satisfacția realizării concrete, care e mai deplină pe plan spiritual, cînd ai în față învinsul, decît atunci cînd rezolvi o problemă de matematică.

Mai vreau să adaug și faptul că șahul poate fi practicat chiar și de către bolnavii imobilizați la pat, pentru unii dintre ei constituind chiar un remediu. Cu ajutorul unor table speciale, chiar și nevăzătorii îl pot practica. Puțini știu că există chiar și un campionat mondial al acestora. Sînt și șahiști care joacă în aer liber, cu piese mari și grele, pe terenuri speciale, imbinînd astfel efortul fizic cu cel intelectual.

Lucian HUIBAN

HANDICAPAȚII POT FI CAMPIONI

Pornind de la principiul că reducerea funcțională a organelor active ale mișcării — mușchii și nervii — se realizează în principal prin gimnastică medicală, procedee de fizioterapie, masaj și automasaj, la care se asociază recuperare prin activitatea sportivă, în urmă cu peste 10 ani, Clubul sportiv „Voința”-București al UCECOM a inițiat pentru oamenii muncii handicapați din unitățile cooperăției meșteșugărești din Capitală, unele acțiuni experimentale și ulterior activități sportive. Începutul a fost greu, anevoios, datorită unor rețineri manifestate de handicapați, dar, lucrîndu-se cu tact și răbdare, s-a reușit ca, an de an, un număr mai mare să participe la activitatea sportivă, activitate care a contribuit la îmbunătățirea indicatori-

lor de sănătate, la creșterea moralului și la formarea încrederii în propriile forțe.

Deși inițial s-au stabilit 6 grupe de deficienți care pot participa la activitatea sportivă, rezultatele obținute au determinat conducerea Clubului sportiv „Voința” să mărească numărul lor la 16, fiind incluși nevăzători 100 la sută și în procent de peste 50 la sută handicapați fizici cu amputarea ambelor antebrate, a unui braț sau cu completa imobilitate a acestuia, cu amputarea unui antebrăț, a ambelor coapse sau a ambelor gambe, a unei coapse sau gambe, cu anchiloze (articulare, cocsomurale și ale genunchiului) care produc imobilitatea trenului inferior, handicapați fizici cu imobilitate totală a extremităților inferioare, a coloanei vertebrale și a mușchilor abdominali, care se deplasează cu motocicletă, cu imobilitate totală sau parțială a trenului inferior (care se mișcă cu ajutorul unui aparat), cu imobilitate parțială a coloanei vertebrale și a centurii abdominale, cu luxația parțială a piciorului și anchiloza articulațiilor genunchilor și labei piciorului, precum și handicapați surdo-muți.

Din anul 1971, UCECOM a inițiat activitatea competițională pentru toți cooperatorii handicapați fizici și a organizat în fiecare an întreceri pe discipline sportive, cu etape pe municipiul București și pe țară, la acestea din urmă participînd aproximativ 400 de sportivi din 24 de județe. La edițiile etapei pe țară, organizate în anii 1980 și 1981, s-a efectuat un studiu pe baza unui chestionar-test întocmit de un colectiv de profesori și tehnicieni de la C.S. „Voința”-București, care a oferit concluzii interesante. Astfel, ponderea concurenților o reprezintă nevăzătorii, ei fiind urmați de seminevăzători, handicapați motori și surdo-muți. În 95 la sută din răspunsurile la test se afirmă că activitatea sportivă a influențat pozitiv randamentul în muncă și starea de bună dispoziție.

Probleme de alergare din atletism se desfășoară în mod obișnuit pe diferite distanțe. Pentru handicapații cu afecțiuni ale trenului superior și inferior se organizează întreceri separate. Și concurenții nevăzători participă la probele de alergări individuale, rezultatele fiind stabilite

contra cronometru. Un concurent nevăzător poate cere repetarea alergării, dar datorită concentrării lui deosebite pe timpul probei nu este indicat să participe la mai mult de două încercări. Pentru sportivii nevăzători pragul la săritura în lungime are o lățime de 150 cm, pentru a le da posibilitatea să bată în acest prag de unde se și măsoară. La propunerea unor concurenți nevăzători se va studia posibilitatea instalării pe locul unde se aruncă sulița, greutatea, discul, cicoanul a unor materiale cu diferite rezonanțe (lemn, tablă etc.), încît aceștia să aibă posibilitatea ca prin auz să-și recunoască performanțele stabilite.

Rezultate foarte bune au obținut handicapații motori la întrecerile de orientare turistică, încîntîndu-i traseele cu dificultate redusă, cu diferențe de nivel scăzute. De o largă participare se bucură concursul de aruncare a suliței la țintă, fetele trebuind să arunce de la 6 m, iar băieții de la 8 m o suliță de 600 g, într-o țintă cu diametrul de 1 m cu 5 cercuri concentrice. Dar una dintre cele mai interesante întreceri este concursul de mototriciclete, care constă în parcurgerea unui traseu de 400 m cu 8 obstacole cu diferite grade de dificultate, care pun la încercare atenția, precizia și îndemnarea participanților.

Deși aceste concursuri au fost organizate special pentru handicapații fizici cooperatori meșteșugari, ele au trezit interes și în rîndul altor handicapați cu locuri de muncă în afara cooperăției, care au solicitat să participe.

Activitatea competițională organizată de Clubul sportiv „Voința” pentru handicapații fizici constituie în prezent o adevărată sărbătoare, participanții manifestînd preocupare și interes permanent. Cei care au intrat odată pe terenul de sport au revenit cu mai multă plăcere, întrucît activitatea sportivă le-a umplut un gol, le-a ridicat moralul și le-a mărit încrederea în sine.

Prof. Constantin FURCELA
vicepreședinte al Clubului
sportiv „Voința”-București

PERIPLUL ALCOOLULUI ÎN ORGANISM

Se poate spune că utilizarea alcoolului etilic sub forma diferitelor tipuri de băuturi este legată de însăși istoria umanității. De exemplu, în antichitate vinul era apreciat pentru efectele lui de inducere a unei stări de bună dispoziție, cu implicații individuale sau sociale de importanță variată, menționate încă în cele mai vechi texte cu conținut mitologic sau religios. În evoluția consumului de băuturi alcoolice se poate recunoaște o primă perioadă, caracterizată prin utilizarea celor cu conținut relativ mic de alcool, obținute prin fermentație naturală (vin, bere) care a durat, cel puțin în țările europene, până în Evul mediu. Ulterior, ca urmare a însușirii și răspândirii tehnologiei distilării, preluată se pare de la arabi, s-a trecut la o a doua etapă, caracterizată prin apariția în consum a băuturilor alcoolice concentrate. Obținerea alcoolului în concentrații ridicate și efectele produse de el, i-a determinat pe alchimisti să-l denumească „apă a vieții” și „spirit de vin”.

Consumul alcoolului diferă de la o țară la alta, atât în ceea ce privește tipul de băutură preferată, cât și cantitățile. Existența particularităților regionale și individuale, în cadrul aceleiași țări, în care un grup mic din populație bea peste jumătate din cantitatea totală de alcool ce se consumă în întreaga țară are repercusiuni socio-economice și medicale diferite.

În ultimele două decenii se constată o creștere continuă a producerii, diversificării și consumului de băuturi alcoolice (cu 276 la sută în Olanda, cu 182 la sută în R.F.G., cu 133 la sută în Danemarca și cu 45 la sută în Belgia, Franța fiind țara cu cel mai mare consum de alcool — 16,4 l anual pe locuitor). Conform unui raport al O.M.S., în această perioadă numai în două țări dintr-un număr de 25 din emisfera nordică s-a înregistrat o scădere a consumului de alcool pe locuitor, în schimb producția de bere a crescut de două ori în America Latină, de patru ori în Africa și de cinci ori în Asia. Un aspect aparte constă în stabilirea limitei dintre consumul normal (fără consecințe ulterioare asupra stării de sănătate a omului) și cel abuziv (cu implicațiile de ordin medico-socio-economic), deși folosirea normală a alcoolului diferă de la o populație la alta. Astfel, în timp ce în țările mediteraneene sau din America de Sud se consideră consumul a 1 litru de vin pe zi o cantitate normală pentru un adult, în țara noastră ingestia zilnică a peste 500 ml de vin sau echivalentul a 50 ml de alcool absolut este considerat patologic. Chiar dacă în unele țări (Franța, S.U.A.) există obiceiul de a se bea continuu în cursul aceleiași zile, fără a se ajunge în stare de ebrietate, studii recente relevă creșterea cazurilor de alcoolism în rândul femeilor și coborârea limitei de vîrstă în Elveția, R.F.G., Australia, cel puțin 10 la sută dintre alcoolici fiind tineri.

Consecințele abuzului de alcool sînt deosebit de îngrijorătoare, mai ales în condițiile în care, conform unei constatări a O.M.S., 25 la sută din populația lumii este dependentă de alcool sau alte droguri. Creșterea consumului abuziv de băuturi alcoolice se însoțește de sporirea numărului de bolnavi cu afecțiuni specifice, diminuarea capacității de muncă, creșterea absenteismului și a accidentelor de circulație, răsfrîngîndu-se negativ asupra bugetului familial cu consecințe nefaste asupra vieții de familie.

Pătruns în organism, după prealabila absorbție în tubul digestiv, cu precădere la nivelul duodenului și jejunului superior, concentrația alcoolului este strîns legată de gradul de hidratare, conținutul în grăsimi și amploarea vascularizației lor. Astfel, din cantitatea absorbită, 90—98 la sută este oxidată la nivelul ficatului, și numai o cantitate redusă în alte țesuturi extrahepatice. Rata de eliminare a alcoolului din orga-



nism este apreciată la 100 mg/kilocorp/oră, dar o serie de factori (genetici, vîrstă) pot s-o modifice, procesul fiind sfîrșit după aproximativ 24 de ore de la ingerare. În oxidarea hepatică a alcoolului intervine îndeosebi sistemul enzimatic al alcooldehidrogenazei, formîndu-se acetaldehida, produs metabolic de mare toxicitate, implicat în inducerea unor leziuni hepatice sau ale altor organe sau țesuturi. Acetaldehida este transformată, tot sub acțiunea enzimatică, în acetat, metabolit care prin intermediul unui șir de reacții chimice va duce la formarea de bioxid de carbon și apă. De asemenea, oxidarea alcoolului determină o perturbare a principalelor metabolisme și creșterea consumului energetic al organismului.

Consecințele medico-sociale ale abuzului de alcool sînt deosebit de variate, ceea ce a dus la unele dificultăți în definirea termenului de alcoolism. În general se acceptă ca alcoolismul este o boală a cărei tendință la progresivitate se însoțește de alterări ale unor organe și de deteriorarea psihică, în condițiile unui consum excesiv de băuturi alcoolice, și are potențial fatal. Alcoolismul poate fi acut (de la simpla impregnație alcoolică pînă la beție, ale cărei efecte dispar prin sistarea și eliminarea alcoolului) sau cronică (manifestat obișnuit după o perioadă îndelungată de consum abuziv, cu dezvoltarea unei toleranțe crescute și apariția dependenței fizice față de alcool, urmare a profundelor perturbări metabolice, ale cărui potențial lent de reversibilitate este minor sau absent. Între cele mai grave complicații ale alcoolismului se situează cele digestive, neurologice și psihice, ultimele fiind cauza unei inadaptrii sociale, cu consecințe medico-legale. În abordarea complicațiilor de ordin medical determinate de alcoolismul cronic trebuie ținut seama de faptul că, în organism, alcoolul pe de o parte este metabolizat în ficat, constituind o sursă energetică, cu posibilitatea interferării cu celelalte metabolisme, iar pe de altă parte afectează direct funcțiile sistemului nervos central. Cum ficatul este organul unde se metabolizează cea mai mare parte a alcoolului ingerat, apare evidentă legătura metabolismului alcoolului cu efectele sale asupra celorlalte metabolisme. Interferarea alcoolului în ficat, în condițiile creșterii sintezei hepatice de lipide și a

reducerii oxidării lor de către ficat, la care se adaugă mobilizarea grăsimilor din țesutul gras. Stimularea sintezei colesterolului, a sintezei unor lipoproteine în mucoasa intestinală permite implicarea alcoolului în procesele de ateroscleroză. Datorită alterării metabolismului glucidelor, bărbații alcoolici cronici — mai rar femeile — fac frecvent hipoglicemii (pînă la starea de comă hipoglicemică, instalată obișnuit după un „post” de 12—14 ore care urmează unui abuz de alcool). Efectele alcoolului asupra metabolismului proteinelor (în strînsă legătură cu cantitatea și durata consumului) încep prin scăderea absorbției aminoacizilor la nivelul mucoasei intestinale și se continuă cu scăderea sintezei și alterarea structurii unor proteine. Un aspect particular al interacțiunii alcoolului cu metabolismul celular hepatic constă în inducerea unei stimulări energetice la acest nivel, cu implicații directe asupra metabolismului medicamentelor și profirinelor. Interacțiunea dintre alcool și medicamente se manifestă printr-o creștere a toleranței față de unele dintre aceste produse de sinteză la marii consumatori, prin accelerarea metabolizării lor sau prin apariția unei intoleranțe medicamentoase, ultima constatăată la băutorii ocazionali care iau concomitent medicamente. Astfel se explică sumarea acțiunii unor sedative sau hipnotice (cu consecințe grave la conducătorii auto) sau diminuarea efectului unor medicamente asupra organismului la alcoolici cronici.

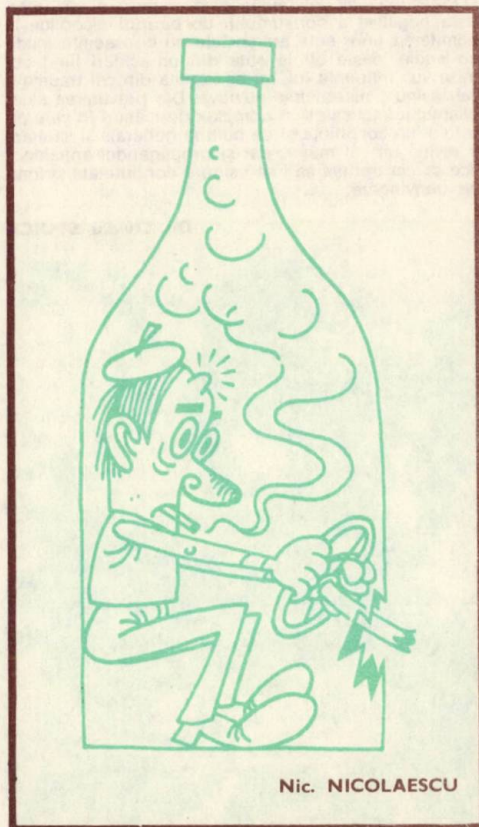
Deficitele vitaminice (în special de vitamine din grupul B), întâlnite la alcoolici, se datoresc în principal aportului cantitativ neadecvat sau neadaptat la consumul crescut sau unei tulburări în absorbția vi-



taminelor la nivelul intestinelor. Alterarea metabolismului hepatic constituie o altă cauză de hipovitaminoză, dar în mod obișnuit se asistă la o îmbinare a acestor cauze. În mod practic fiecare organ sau sistem de organe suferă o influență directă sau indirectă, mai mult sau mai puțin manifestă, din partea alcoolului. În stabilirea gradului de expresivitate a efectelor alcoolismului un rol determinant îl au factorii cantitativi (doza și timpul), gravitatea leziunilor induse fiind proporțională cu creșterea duratei consumului de băuturi alcoolice și concentrația lor.

Afectarea aparatului digestiv în general și a ficatului în particular constituie adesea sursa celor mai frecvente suferințe la consumatorii abuzivi de alcool. Consecința a perturbărilor secreției, integrității mucoasei și motilității gastrice, **gastrita cronică alcoolică** apare cu timpul și se însoțește de scăderea pozei de mîncare, grețuri, dureri abdominale, eventual vărsături. **Ulcerul gastroduodenal** poate recunoaște în etiologia sa consumul de alcool, care la băutorul cronic se asociază și cu o stare de subnutriție specifică. Nu lipsită de importanță în producerea ulcerului gastroduodenal este asocierea unor medicamente antiinflamatoare (aspirină, indometacin) cu ingestia de băuturi alcoolice, sursă adesea a unor hemoragii digestive. Efectele consumului abuziv de alcool asupra intestinului conturează o adevărată enteropatie alcoolică, cu tulburări complexe ale funcțiilor intestinale, care explică apariția unor fenomene colitice cu diaree, intoleranță la lapte, etc., asociate, în grade variate, cu tulburări de nutriție.

Dacă în pancreatita acută consumul de alcool este o cauză secundară de producere a bolii, în pancreatita cronică cel îndelungat și excesiv este cauza principală, ea survenind în mod obișnuit după un consum zilnic de 50—80 ml de alcool pur, timp de minimum 8—10 ani, mai ales în condițiile unei alimentații hipercalorice, bogată în grăsimi și proteine. Acțiunea alcoolului asupra ficatului determină apariția unor alterări structurale și funcționale complexe, care permit conturarea unei boli hepatice induse de acesta, strîns legat de concentrație, dar mai ales de durata consumului. Un caracter specific al agresivității hepatice a alcoolului are potențialul de reversibilitate al unora dintre aceste leziuni. Astfel, **încălcarea grasă hepatică** (steatoză hepatică), stadiu inițial în evoluția bolii hepatice alcoolice, care poate fi înfrîntă în proporție de pînă la 90 la sută din alcoolici, se vindecă fără urmări dacă se suprimă consumul de băuturi alcoolice, indiferent de concentrația lor. În schimb perpetuarea intoxicației alcoolice duce la apariția alterărilor parțial sau total ireversibile, din cadrul hepatitei sau cirozei hepatice, la 25 la sută dintre consumatori care abuzează de alcool de peste 12 ani și la



Nic. NICOLAESCU

50 la sută dintre cei care abuzează de peste 22 de ani. Riscul de a se îmbolnăvi de ciroză apare la un consum de alcool pur pe zi, timp îndelungat între 80 ml (după unele studii chiar și de 40 ml pentru bărbați și de 20 ml pentru femei), jumătate din consumatorii bătrâni fiind expuși la ciroză.

Afectarea sistemului nervos de către alcool constituie cea mai rapidă și intensă modificare suferită de organism la contactul cu el, efectele sale asupra structurii și funcțiilor sistemului nervos traducându-se printr-o varietate de tulburări psihice și neurologice, asociate sau nu cu concentrații crescute sau reduse de alcool în singe ori cu tulburări metabolice de cauză nutrițională. Tulburările psihice pot evolua de la simpla beție alcoolică acută până la psihoze acute (cu forme delirante, encefalopatii, demență alcoolică), accidente vasculare cerebrale și comă de multiple cauze. Starea de agitație, tremurăturile, halucinațiile, visele terifiante participă la conturarea stării de „delirium tremens” (delirul alcoolic acut), afecțiune cu potențial letal care apare în condițiile sistării bruste a consumului de băuturi alcoolice, cu ocazia unor infecții acute, intervenții chirurgicale, accidente etc. **Polinevrita alcoolică**, suferință relativ frecvent întâlnită în alcoolism, afectează mai ales membrele inferioare dar se poate însoți de tulburări oculare în cazul atingerii nervilor optici. La originea alterărilor organice care duc la instalarea acestor tulburări neuropsihice stă deficitul de vitamină B₁, determinat de consumul cronic și abuziv de alcool. Un aspect particular îl are însă dezvoltarea toleranței dată de alcool, cu creșterea capacității de ingerare a acestuia, precum și a dependenței fizice față de alcool, care se exteriorizează prin necesitatea imperioasă de a consuma băuturi alcoolice. Apariția la nivelul sistemului nervos central a unor reacții chimice, în cursul cărora se produc sub acțiunea acetaldehidei o serie de substanțe implicate și în metabolismul opioaceelor, permite crearea unei baze biochimice pentru explicarea fenomenului de dependență fizică față de alcool.

Efectele abuzului cronic de alcool asupra aparatului cardiovascular se traduc mai ales prin afectarea mușchiului cardiac, cu producerea unei miocardiopatii alcoolice ai cărui rasnet clinic îl constituie apariția aritmiilor cardiace (fextrasistole, fibrilație atrială) și a insuficienței cardiace. Aspecte particulare se întâlnesc la consumatorii excesivi de bere, situație în care suferința miocardică și instalarea insuficienței cardiace sînt consecința unui deficit nutrițional de vitamină B₁, în contextul unei denutriții severe, sau urmarea acțiunii toxice a diferitelor componente ale acestei băuturi. Instalarea semnelor de miocardiopatie alcoolică, cu consecințe individuale asupra activității curente, se produce la vîrstă de 30—40 de ani, unele studii relevînd o creștere a incidenței maladiei la cei cu un consum zilnic de peste 125 ml de alcool pur. Studiile din ultimii ani tind să implice alcoolul într-o măsură tot mai mare în **producerea hipertensiunii arteriale și a cardiopatiei ischemice**, ultima prin intermediul favorizării apariției aterosclerozei. Asocierea hipertensiunii arteriale cu alți factori de risc ai aterosclerozei la marii băutori favorizează creșterea mortalității prin boli cardiovasculare.

Consecințele consumului abuziv de alcool se răsfrîng într-o măsură mai mult sau mai puțin importantă și asupra celorlalte organe sau sisteme, inclusiv asupra celulelor sanguine, cu consecințe asupra stării de nutriție și rezistenței față de infecții sau alți factori agresivi. Infecțiile grave, îndeosebi pulmonare, sînt caracteristice băutorilor inveterați. Influența nefastă a consumului de băuturi alcoolice asupra dezvoltării produsului de concepție la gravidă se manifestă prin apariția sindromului de alcoolism fetal. Nou-născuții prezintă malformații, tulburări de creștere și deficit variabil al performanțelor intelectuale ulterioare, mortalitatea perinatală fiind mult crescută.

Decelarea mai frecventă a unor cancere la consu-

matorii de alcool, în special la nivelul tubului digestiv, a permis incriminarea acestuia în geneza lor. Abuzul de alcool este cert implicat în apariția cancerului localizat la nivelul planșeului bucal, joncțiunii faringo-laringiene, esofagului și ficatului, în ultimul timp făcîndu-se conexiuni între consumul de bere și cancerul de rect. Riscul dezvoltării unui carcinom cu localizare orofaringiană la un alcoolic este amplificat pînă la de 15 ori de către fumat, factor care participă la coborîrea limitei de vîrstă a celor afectați, alcoolul avînd un risc de 10—20 de ori mai mare față de restul populației de a face un cancer esofagian. Și producerea cancerului de stomac și pancreas pare a fi legată de factorii vehiculați de băuturile alcoolice, deficitul vitaminic sau de alterarea funcției antitoxice hepatice, pînă la 30 la sută din ciroticii alcoolici puțînd face un cancer hepatic.

În cadrul aspectelor sociale ale consumului de alcool un loc aparte ocupă relația acestuia cu accidentele rutiere, mai ales în contextul creșterii continue a parcului de autovehicule. Influența negativă a consumului de băuturi alcoolice asupra capacității de conducere a unui autovehicul crește proporțional cu cantitatea de alcool ingerată, curba frecvenței accidentelor rutiere începînd să crească de la alcoolemii de 0,25 g la mie la cele de 1,50 g la mie, constatăndu-se o creștere cu 5 la sută a riscului de a comite un accident de circulație, cele mai multe fiind produse de către persoanele cu alcoolemii între 1,60 g și 1,80 g la mie. Cercetările relevă lipsa oricărei relații între consumul de băuturi alcoolice, gradul de instruire sau vechimea ca șofer. În țara noastră alcoolul este implicat în producerea a circa 30 la sută dintre accidentele rutiere.

Prevenirea alcoolismului este impusă și de influența negativă a consumului de băuturi alcoolice în comiterea unor acte antisociale cu consecințe medicale, peste 50 la sută din omuciderea fiind comise sub influența lui, iar 64 la sută din cei traumatizați avînd o alcoolemie pozitivă. Dar prevenirea alcoolismului implică și un complex de măsuri în care nivelul de conștiință și de cultură generală și sanitară îi revine un rol major, dar și propagarea antialcoolice careia trebuie să i se asigure continuitate și forță de convingere.

Dr. Ovidiu STOICA





„TUTUNUL SAU SĂNĂTATEA, ALEGEȚI!“ O ACȚIUNE A REVISTEI NOASTRE

La data de 15 februarie 1981 sub egida Consiliului ziariștilor, în sala de marmură a Casei Științei avea loc o discuție despre necesitatea unei campanii de presă împotriva fumatului. Interlocutori ai unor iluștri reprezentanți ai științei medicale erau redactorii de specialitate de la publicațiile centrale, radio și televiziune, secretarii U.T.C. și membrii în comisiile de Cruce Roșie din marile întreprinderi și școli ale municipiului București. Toți luau cunoștință cu acest prilej de intenția redacției noastre de a desfășura o amplă activitate propagandistică — pe o perioadă lungă de timp împotriva fumatului. Obiectivele — amintite cu acel prilej — erau atenționarea opiniei publice asupra pericolului pe care îl reprezintă fumatul în copilărie, adolescență și prima tinerețe; atragerea factorilor de răspundere din școli și facultăți, a părinților, a personalului sanitar de a coopera pentru susținerea acestei acțiuni; mobilizarea activului voluntar al Crucii Roșii și în special a comisiilor de Cruce Roșie din instituțiile de învățământ și din întreprinderile în care tineretul deține ponderea de a desfășura în permanență acțiuni educativ-sanitare în scopul combaterii tabagismului.

Nu începeam desigur de la zero. Și acest lucru am vrut să-l exemplificăm printr-o expoziție în care erau prezentate mijloacele folosite pînă la acea dată de presa noastră — interviurile „Științei” la rubrica „Omul și viața rațională”, anchetele „României libere”, grupajele tematice ale revistelor „Magazin” și „Femeia”, suplimentele tematice ale unor ziare jude-

țene etc. Ceea ce doream să aducem nou era deci doar continuitatea de acțiune și perseverență în a căuta și mijloace „extraprofesionale” de convingere: expoziții itinerante, stații-pilot, sensibilizarea reprezentanților mass-mediei prin oferirea de argumente noi pentru o acțiune unitară, concursuri-test și concursuri cu public, colocvii, dezbateri gen „proces” etc.

Cititorii revistei noastre au putut observa că aceste obiective au fost urmărite cu perseverență. În cadrul unei pagini speciale au fost publicate la rubrica „Dosar” articole prezentînd adevărul despre tutun. Factorii nocivi din țigară, influența fumatului asupra dezvoltării tineretului, tutunul și performanța intelectuală sau sportivă, rolul determinant al tabagismului în apariția și cronicizarea bolilor pulmonare, digestive și cardiovasculare, tutunul și reproducerea au fost numai cîteva dintre temele abordate sub semnătura unor iluștri reprezentanți ai școlii medicale românești. Alături de această rubrică, lună de lună, s-au publicat, de asemenea, informații privind acțiunile antitabagice organizate de către comitetele județene de Cruce Roșie, o atenție specială acordîndu-se stațiilor noastre „pilot” din județele Buzău și Călărași a căror activitate interesantă va mai constitui desigur subiectul altor informații, note și reportaje.

În cadrul acestei campanii a fost organizat concursul-test al revistei solicitîndu-se sprijinul comitetelor și comisiilor de Cruce Roșie din școli și întreprinderi. Pe adresa redacției au sosit pe parcursul întregului



an mii de scrisori aproape din toate județele țării. Și, îmbucurător, la întrebările redacției aproape fiecare participant a trimis o scrisoare cu o notă personală de apreciere, cu o propunere, cu o observație, cu o sugestie izvorâtă din dorința de a contribui cu ceva, de a fi alături de noi.

Prima etapă a acțiunii noastre de presă se încheie cu o concluzie: aceea că nu sîntem singuri. Urmărind cu mai multă atenție informația antitabagică promovată de presă, de radio și televiziune am putut constata că nu am exagerat atunci cînd am început prin a oferi mass-mediei argumentele reprezentanților de frunte ai școlii medicale românești.

O etapă se apropie de sfîrșit. O altă își așteaptă startul. Credem cu toată puterea că trebuie parăsită atitudinea fatalistă potrivit căreia propaganda antifumat nu are rezultate concrete. Se pot obține rezultate concrete, rezultate ce se vor reflecta nu numai în starea de sănătate a adulților de mine. Condiția este ca publicitatea, chiar indirectă, oferta comercială și exemplul negativ să se diminueze progresiv. Acestea sînt pe scurt obiectivele etapei a doua. Ca și la începutul primei etape a acțiunii noastre scriem și de această dată că rezultatele pot apare numai printr-o acțiune convergentă, de lungă durată, cu participarea tuturor celor ce pot să-și aducă o contribuție la efortul personalului sanitar și activului voluntar al Crucii Roșii în combaterea fumatului — acest inamic al sănătății.

Cristian IONESCU

Există o accepție unanimă cu privire la nocivitatea fumatului. Faptul, dovedit de numeroase foruri științifice — naționale și internaționale —, stă la baza unor recomandări ale O.M.S. adresate ministerelor sănătății din toate țările și a unor reglementări la nivel național. Acestea interzic propaganda în favoarea fumatului, vînzarea țigărilor la minori, fumatul la locul de muncă, ca și în școli și în unitățile sanitare. Unele dintre aceste reglementări se regăsesc și în legislația țării noastre. Ca urmare, publicitatea în favoarea consumului de băuturi alcoolice și a produselor de tutun nu este permisă. Totuși, în ultima vreme se face simțit — mai ales în rîndul tineretului — efectul unei propagande indirecte.

Ilustrația din pagină, pare incredibil, nu reprezintă confecții „Made in Occident”, ci pur și simplu maiouri puse în vînzare în comerțul nostru stradal. Inscripțiile care fac reclama unor mărci de țigări și băuturi... străine, și care îi mai atrag pe unii tinerii naivi, sfidează parcă bunul simț al trecătorului neobișnuit cu o asemenea publicitate.

CAMPANII ȘI STUDII ANTITABAC ÎN ROMÂNIA ȘI ÎN LUME



Așa cum arată Organizația Mondială a Sănătății, tutunul reprezintă unul dintre cele mai răspândite droguri din lume, epidemia tabagismului caracterizându-se prin creșterea anuală a consumului de țigări pe locuitor, sporirea numărului femeilor care fumează și coborîrea vîrstei la care apare acest obicei.

Este bine cunoscut faptul că tutunul a venit din „Lumea nouă”, unde era folosit ca medicament. Încetul cu încetul însă oamenii și-au dat seama de efectele sale negative asupra sănătății. De aceea încă din secolul trecut cercetătorii în domeniul medicinei au început să-i studieze componentele, pînă-n prezent peste 500, dintre care cele mai importante sînt nicotina, fitosterolii, nitrozaminele, hidrazinele, hidrocarburile policiclice aromatice, oxidul de carbon, amoniacul, acidul cianhidric, cadmiul. De asemenea, au reușit să cunoască și multiplele afecțiuni — determinate sau favorizate de obiceiul fumatului —, cum sînt afecțiunile neoplazice, respiratorii cronice și cardiovasculare, malformațiile congenitale, unele tulburări nervoase etc. Și în acest context este bine cunoscută influența tabagismului asupra mortalității generale și chiar asupra capacității de muncă. Dealtfel, un raport al Ministerului Sănătății din S.U.A. arată că într-un singur an s-au înregistrat 165 de milioane zile de muncă pierdute și 306 milioane zile de muncă cu program redus datorită relației fumat-boală. De aici concluzia: consecințele sociale ale fumatului reprezentate prin absenteism, scăderea capacității de muncă — atât fizică cît și intelectuală —, cheltuieli importante din bugetul familiei sînt tot atât de importante ca și producerea sau agravarea unor boli.

Dar și studiile efectuate în țara noastră de către prof. dr. C. Anastasatu, N. Gh. Lupu și M. Barnea au scos în evidență fapte deosebit de interesante. Astfel, într-un interval de 4 ani (1976—1979) consumul de tutun a crescut de la 25 000 la 32 000 de tone anual, procentul fumătorilor din populația anchetată fiind de 57,4 la sută în mediul urban și de 42,6 la sută în mediul rural, cel al bărbaților fumatori de 79,8 la sută, iar al femeilor de 20,2 la sută. Vîrsta la care s-a început fumatul este la 19,2 la sută din subiecți sub 20 de ani, iar numărul țigărilor fumate pe zi la 58,8 la sută dintre subiecți între 10 și 20 de bucăți pe zi și la 21,3 la sută de peste 20 de bucăți pe zi.

Datele existente pe plan mondial sînt apropiate de cele găsite în țara noastră, O.M.S. apreciind că numărul fumătorilor este în medie de 48 la sută din populația adultă, 1 din 2 fumători practicînd obiceiul fumatului de peste 20 de ani, iar numărul țigărilor fumate fiind cuprins între 50 000 și 15 000 pe toată durata fumatului.

În aceste condiții, lupta antitabagică trebuie dusă pe multiple planuri: medical, psihologic, legislativ și

economic. Pornim de la ideea că profilaxia primară, care constă în eliminarea totală sau în cea mai mare parte a factorilor etiologici, s-ar putea transpune și la tabagism, la baza luptei antifumat. În prezent este însă dificil de a opri cultivarea tutunului sau a destinația industrializării și comercializării produselor sale. Venitul obținut din aceste activități reprezintă în unele țări, mai ales în cele în curs de dezvoltare, un procent important din bugetul statului, dar, așa cum arată O.M.S., veniturile obținute din comercializarea tutunului sînt în general contrabalansate de costul considerabil al îngrijirilor acordate milioanei de bolnavi în a căror îmbolnăvire este implicat fumatul, ca și pierderile din producție și decese premature. Iată de ce socotim ca realizabile, în lupta împotriva tabagismului, campaniile desfășurate în diferite țări, măsurile restrictive elaborate, dar mai ales cele educative. Se cunoaște astfel înființarea în anul 1958 în S.U.A. a Oficiului central „Tutunul și sănătatea”, care a organizat prima campanie antitabagică de proporții. În același scop, în Franța, Comitetul privind educația pentru sănătate a desfășurat, începînd din anul 1975, mai multe campanii contra fumatului, iar oficiali asemănătoare au luat ființă și în țările scandinave.

Majoritatea măsurilor recomandate în aceste campanii naționale s-au axat pe mijloace educative, cum sînt lucrările de popularizare (destinate în special populației tinere), filmele educativ-sanitare cu tematică antitabagică (difuzate prin rețeaua cinematografică), emisiunile de educație radiotelevizate, reportajele, comentariile, mesele rotunde, interviurile, conferințele susținute de cadrele medicale și nemedicale etc. Unele dintre măsuri s-au concretizat și prin transcrierea pe pachetele de țigări a pericolului fumatului sau a compoziției în principalele ingrediente nocive cu concentrația prezentă în diferite tipuri de țigări, introducerea filtrelor pentru reținerea substanțelor nocive, recomandări de a se fuma numai anumite părți ale țigărilor și altele. Accentul acestor campanii, deși în general se adresa publicului larg, a fost pus pe seama tineretului (elevi, studenți, militari în termen). Totuși fiecare dintre campanii a aplicat măsuri în grade variate și niciodată în totalitate. Socotim că cea mai eficientă campanie contra tutunului a fost cea desfășurată în Anglia, în așa-zisa „experiență a medicilor britanici”, care au abandonat fumatul într-o proporție convingătoare, ceea ce a dus la scăderea deceselor prin cancer pulmonar în rândul medicilor cu 30 la sută.

Campanii pe plan internațional au fost desfășurate de O.M.S., care în anii 1974 și 1978 a convocat două reuniuni internaționale ale Comitetului de luptă antitabagică, lansînd lozincă: „Tutunul sau sănătatea, alegeți!”, elaborînd o serie de recomandări pentru a fi adoptate de țările membre. Cu această ocazie s-a

DE CE NU TREBUIE SĂ MAI FUMAȚI

(După American Cancer Society: „Dangers of Smoking, Benefits of Quitting“)

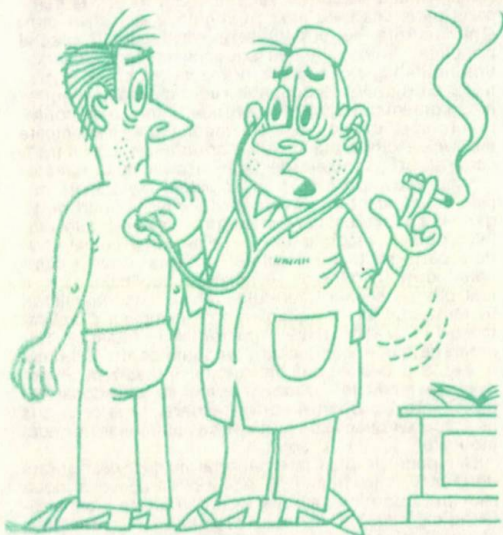
aratat că în prezent în lume se cultivă peste 4,5 milioane ha, cu tutun, suprafața consacrată unei culturi fără valoare nutritivă și care în plus prezintă și pericol pentru sănătate. Recomandările O.M.S. merg și către măsuri restrictive, ca reducerea suprafeței cultivate cu această plantă sau înlocuirea ei cu produse agricole nutritive, controlul metodelor de cultivare și prelucrare în vederea industrializării sale cu eliminarea sau reducerea substanțelor nocive, creșterea progresivă a taxelor pentru produsele tabagice, restricții pentru vânzarea țigaretelor, mai ales copiilor sub o anumită vîrstă, interzicerea fumatului în anumite instituții publice, locuri de muncă, mijloace de transport în comun etc.

În țara noastră, Ministerul Sănătății, prin Institutul de igienă și sănătate publică din București, a desfășurat diverse acțiuni antitabagice utilizînd mijloacele educative cunoscute în colaborare cu Societatea de Cruce Roșie, organizațiile de tineret, presa, radioteleviziunea etc. De asemenea, s-au aplicat unele măsuri restrictive în școli generale și licee, în spitale, unități de alimentație publică și colectivă, iar Legea nr. 3/1978, privind asigurarea sănătății populației prevede combaterea fumatului.

O inițiativă importantă este cea a comisiei de specialiști a Ministerului Sănătății privind prevenirea și combaterea cancerului, care a însărcinat institutul nostru cu elaborarea unui proiect de act, normativ cuprinzînd măsuri pentru combaterea tabagismului, proiect care a fost predat Ministerului Sănătății.

Alături de tot ceea ce s-a făcut pînă acum, acțiunea de presă a revistei „Sănătatea”, organizată cu sprijinul Crucii Roșii române, constituie începutul formării unei opinii de masă în lupta contra tabagismului pe care o dorim cît mai rodnică și cu deplin succes.

Prof. dr. Sergiu MĂNESCU
directorul Institutului de igienă
și sănătate publică București



Nic. NICOLAESCU

RISCURILE FUMATULUI

SCĂDEREA SPERANȚEI DE VIAȚĂ

Un om care a fumat timp de 25 de ani cite 2 pachete de țigări pe zi se poate aștepta să trăiască cu 8,3 ani mai puțin decît altul de aceeași vîrstă care nu fumează.

CANCER DE PLĂMÎN

Țigările sînt o cauză majoră de îmbolnăvire prin cancer de plămîn atît la bărbați cît și la femei. De regulă, riscurile fumătorilor sînt de 10 ori mai mari ca ale nefumătorilor.

CANCER DE LARINGE

Riscul celui care fumează este de 2,9—17,7 ori mai mare decît al nefumătorului.

CANCERUL GURII

De 3—10 ori mai frecvent la fumători decît la nefumători. Alcoolul poate acționa sinergic potențînd efectele tutunului.

CANCERUL ESOFAGULUI

Riscul cancerului mortal crește de 2—9 ori. Alcoolul exercită un efect sinergic.

CANCERUL VEZICII

Risc de 7—10 ori mai mare la fumători. Fumatul exercită un efect sinergic cu anumite riscuri profesionale.

CANCERUL PANCREASULUI

Risc de cancer mortal de 2—5 ori mai ridicat la fumători decît la nefumători.

CARDIOPATIA ISCHEMICĂ CRONICĂ

Tabagismul este o cauză majoră: 120 000 de decese pe an.

BRONȘITA ȘI EMFIZEMUL

De la 4 la 25 ori mai multe riscuri de deces, leziuni pulmonare, chiar și la tinerii fumători.

MORTALITATE ȘI INSUFICIENȚĂ PONDERALĂ LA NAȘTERE

La mamele fumătoare se înregistrează mai mulți copii cu insuficiență ponderală. De asemenea, copiii lor sînt mai vulnerabili în fața bolii.

ULCER

Fumătorii fac mai ușor ulcer și au mai multe riscuri de a deceda; tratamentul lor este mai dificil.

MODIFICĂ EFECTELE MEDICAMENTELOR ȘI ALE TESTELOR DIAGNOSTICE

Tabagismul modifică efectele farmacologice ale numeroaselor medicamente, precum și rezultatele testelor diagnostice.

AVANTAJELE RENUNȚĂRII DEFINITIVE LA FUMAT	AVANTAJELE FOLOSIRII ȚIGARETELOR CU CONȚINUT SLAB ÎN GUDRON ȘI NICOTINĂ
După 10—15 ani de la abandonarea fumatului riscurile se diminuează și devin analoge cu cele ale unei persoane care n-a fumat niciodată.	Scăderea riscului de deces prin anumite boli duce la concluzia că speranța de viață este crescută.
După 10—15 ani de la abandonarea fumatului riscurile devin analoge celor ale unei persoane care n-a fumat niciodată.	Filtrele reduc riscul, dar totuși acesta este de 5 ori mai mare decât la nefumători. Specialitățile de țigări cu conținut slab de gudron și nicotină reduc riscul cu 20 la sută pentru bărbați și cu 40 la sută pentru femei.
Diminuarea progresivă a riscului	Nu a fost identificat nici un avantaj.
Reducerea sau eliminarea băuturii și a tutunului duce la diminuarea riscului din primii ani. Riscul atinge același nivel ca la nefumători după 0—15 ani.	idem
Riscul fiind direct proporțional cu doza, reducerea sau eliminarea tutunului și alcoolului ar trebui să ducă la diminuarea sa.	idem
Riscul se diminuează progresiv și atinge nivelul specific nefumătorilor în decurs de 7 ani.	idem
Riscul pare a fi legat de doză. Renunțarea la fumat ar trebui deci să ducă la diminuarea sa.	idem
Riscul diminuează brusc într-un singur an. După 10 ani riscul este același ca la un nefumător.	La țigările cu conținut slab de gudron și nicotină riscul este mai mic cu 12 la sută pentru bărbați și cu 19 la sută pentru femei.
Useea cu expectorație dispare în câteva săptămâni. Funcția pulmonară se poate ameliora; deteriorarea se încetinește.	Nu a fost identificat nici un avantaj.
În cazul gravidei încetează să fumeze mai înainte de a patra lună de sarcină, riscurile pentru făt sunt eliminate.	idem
Boștii fumători se vindecă mai rapid și mai complet decât fumătorii.	idem
cea mai mare parte a problemelor de origine date de tabagism se rezolvă prin renunțarea la fumat. Nefumătoarele care folosesc anticoncepționale orale au mult mai puține riscuri de a se forma în organism cheaguri de sânge și de a avea o criză cardiacă.	idem

NOXE

PROFESIONALE

După cum știm, o mare parte din viață omul o petrece la locul de muncă. Munca reprezintă o condiție a dezvoltării armonioase a individului și nu este nocivă. Pentru păstrarea acestei dezvoltări, o ramură profilactică a medicinei, și anume medicina muncii, are ca obiect studiul condițiilor de muncă și al influenței lor asupra organismului, în vederea elaborării normelor sanitare menite să asigure confortul la locul de muncă.

Factorii legați de procesele de producție care au o influență nefavorabilă asupra stării de sănătate, manifestată prin fenomene patologice, oboseală, scăderea capacității de muncă fizică sau intelectuală sînt numiți noxe (nocivități) profesionale. Acestea pot fi generate de: a) **organizarea nerațională a proceselor de muncă** prin intensificarea acestora peste limitele fiziologice privind efortul fizic sau intelectual, ritmul muncii etc.; poziția nefiziologică în timpul muncii; suprasolicitarea unor organe și sisteme, în special a analizatorilor și a sistemului nervos central; folosirea nerațională a timpului de muncă și odihnă; b) **factori dăunători din mediul de muncă**: fizici (microclimat nefavorabil, radiații, presiune atmosferică, zgomot, vibrații, ultrasunete, unde electromagnetice etc.); chimici sau fizico-chimici (substanțe toxice sub formă de gaze, vapori sau pulberi); biologici (agenți infecțioși, parazitari etc.); c) **deficiențe de construcție și amenajare a locului de muncă**: zone de muncă subdimensionate; deficiențe ale încălzirii, iluminatului etc.; amenajarea nerațională a locului de muncă din punct de vedere igienic.

Acționînd asupra organismului, aceste noxe pot genera boli profesionale sau o patologie nespecifică din domeniul morbidității generale. Cunoașterea nocivităților profesionale are o deosebită importanță în aprecierea condițiilor de muncă și în aplicarea metodelor de igiena muncii (control medical preventiv periodic și stabilirea concentrațiilor maxime admise) în vederea instituirii unor măsuri eficiente de profilaxie.

Prin concentrație maximă admisă pentru o substanță chimică se înțelege concentrația medie în aer care nu provoacă — cu excepția cazurilor de hipersensibilitate — la nici unul dintre muncitorii expuși în mod continuu, ca urmare a muncii lor zilnice, nici un semn sau nici un simptom de boală sau de condiție fizică deficitară care poate fi pusă în evidență prin testele cele mai sensibile acceptate pe plan internațional.

Preocuparea specialiștilor din domeniul medicinei muncii este aceea de a cuprinde în normele republi-

cane de protecția muncii concentrații maxime admise pentru cît mai multe substanțe chimice existente în industrie, avînd în vedere și creșterea numărului de noi substanțe ca urmare a dezvoltării industriei chimice, petrochimice, mase plastice, pesticide etc. Se urmărește ca expunerea continuă sau intermitentă la aceste noxe să nu provoace modificări ale stării de sănătate a muncitorilor care să depășească reacțiile fiziologice adaptative, imediat sau în perioade mai îndepărtate de viață, precum și în generațiile următoare.

Dr. Elena MITRAN

INTOXICAȚIA CU SUBSTANȚE PETROCHIMICE

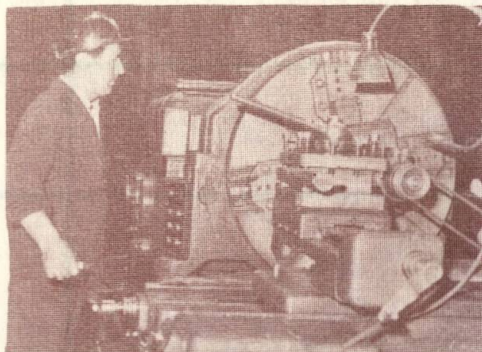
Pe mapamond petrochimia s-a afirmat puternic. Ea este o ramură a industriei chimice care folosește ca materii prime hidrocarburile gazoase (gaze de sonă pentru conținutul în hidrocarburi saturate cu 1-4 atomi de carbon; gaze naturale pentru conținutul în metan, gaze de cracare pentru conținutul în olefine), hidrocarburi lichide (fracțiuni de petrol conținînd hidrocarburi aromatice, acizi naftenici) și hidrocarburi solide (parafine).

În prezent, industria petrochimică produce mai mult de jumătate din produsele chimice de larg consum, cum sînt: materiale plastice, detergenți și săpunuri, fibre sintetice, cauciucuri sintetice, solvenți etc.

Există o mare varietate de substanțe chimice cu toxicități și moduri de acțiune diferite la care sînt expuși oamenii muncii ce lucrează în această industrie. Acțiunea acestor toxice asupra organismului este adesea combinată cu efecte fie sinergice, fie antagoniste. Aceasta atrage după sine necesitatea reducerii concentrațiilor lor în atmosfera zonei de lucru, proporțional cu numărul de compuși toxici prezenți simultan.

Unii compuși devin deosebit de nocivi datorită impurităților pe care le conțin. De exemplu, acetona obținută din carbid, care poate conține ca impurități substanțe foarte toxice, cum sînt hidrogenul fosforat, hidrogenul arseniat sau hidrogenul sulfurat. Condițiile de temperatură ridicată sau presiune crescută din unele instalații măresc susceptibilitatea organismului față de toxic. Faptul că industria petrochimică este o industrie nouă care dispune de echipament modern, în cea mai mare parte automatizat, cu instalații în aer liber, face ca expunerea să fie, în general, la concentrații scăzute de noxe chimice. Cu toate acestea, izolat pot apărea fie intoxicații acute cu diferite gaze sau vapori toxici datorită unor scăpări accidentale, fie dermite iritative sau alergice.

În ultimul timp un număr mare de studii referitoare la influența unora dintre substanțele acestui grup asupra sistemului nervos detectează efectul lor asu-



pra comportamentului cind ele ating o concentrație critică în organism. În acest sens, toxicologia comportamentală delimitează o metodologie de cercetare a stadiului subclinic de expunere la toxic, cind modificările la nivelul sistemului nervos sau a parametrilor biochimici nu reprezintă neapărat „boala”, ele putînd fi modificări de natură adaptativă.

De asemenea recent a fost pus în evidență efectul cancerigen pentru unele substanțe, cum sînt clorura de vinil, benzenul, biscloro-metileterul, astfel că se acordă o atenție din ce în ce mai mare studiului potențialului mutagen — cancerigen al substanțelor din acest grup. Cercetările urmăresc stabilirea exactă a efectelor în planul sănătății, ceea ce va permite măsuri antidot.

Dr. Georgeta TÎRPA

INTOXICAȚIA CU PLUMB

Prin numeroasele sale utilizări în toate ramurile industriei moderne, plumbul continuă să reprezinte una dintre principalele noxe profesionale. Plumbul metallic și oxizii săi (miniul, litarga) sub forma pulberilor dispersate în atmosfera încăperilor de lucru provoacă mai multe intoxicații decît ceilalți compuși, putînd pătrunde în organism pe cale respiratorie și digestivă.

Acest element este întîlnit și în afara industriei, fiind un component comun al mediului ambiant. Concentrațiile sale în aer, apă și sol cresc însoțit paralel cu gradul de industrializare și de civilizație. Metalul și oxizii săi provin în special din fumul degajat de industrie, arderea benzinei din motoarele cu explozie, din recipientele și ambalajele pentru alimente și băuturi, conductele pentru apă potabilă s.a. Aportul de plumb neprofesional, deși nu poate fi neglijat, nu produce intoxicații. **Saturnismul neprofesional**, încă destul de frecvent, se produce de obicei sub formă de epidemii, prin ingestia de băuturi alcoolice (țuică) distilate în cazane improvizate, cu lipituri sau țevi de plumb sau prin consumul de alimente poluate accidental sau falsificate cu plumb (boia conținînd miniu). Un risc deosebit de grav îl reprezintă folosirea ilegală a tetraetilului de plumb — extrem de toxic — pentru a ridica puterea octanică a benzinei.

Cunoașterea modului de absorbție a metalului și a compuşilor săi a făcut posibilă elaborarea unor metode eficiente de profilaxie a saturnismului. Măsura radicală constă în înlocuirea plumbului, acolo unde procesul tehnologic o permite, cu alte materiale lipsite de toxicitate. Alte măsuri tehnice au drept scop împiedicarea producerii și răspîndirii vaporilor sau a pulberilor de plumb, prin ermetizarea utilajelor, ventilație, exhaustație eficientă la nivelul surselor. O importanță deosebită o au organizarea și igienizarea locurilor de muncă; izolarea proceselor poluante, pardosirea încăperilor cu ciment, îndepărtarea frecventă a pulberilor depuse prin aspirație, jet de apă sau măturat umed ș.a. Mediul înconjurător va fi protejat prin oprirea răspîndirii în atmosferă a fumurilor încărcate cu plumb și prin epurarea reziduurilor etc.

Temeinic instruiți asupra riscurilor expunerii la plumb și asupra respectării măsurilor de protecție, muncitorii devin factori activi în apărarea propriei lor sănătăți prin: evitarea manoperelor profesionale incorecte, care constituie surse de poluare cu plumb; suprimarea completă a fumatului, a luării meselor sau păstrării alimentelor la locul de muncă; înțreținerea unei igiene individuale stricte, prin duș și spălarea minilor și a gurii la sfîrșitul lucrului și înainte de mese, iar după lucru prin schimbarea hainelor de protecție, lenjeriei și păstrarea lor în vestiare separate; prin folosirea măștii filtrante la locurile de muncă unde concentrația plumbului în aer se menține ridicată pînă la introducerea măsurilor tehnice corespunzătoare.

La fel de necesare sînt o viață echilibrată, cu respectarea orelor de odihnă, alimentația rațională și

evitarea băuturilor alcoolice, care favorizează incontestabil acțiunea toxică a plumbului. Cu scop preventiv sînt și examenele medicale periodice care urmăresc să surprindă semnele de încărcare incipientă a organismului cu plumb, înainte de apariția manifestărilor de intoxicație. În unele cazuri, administrarea preventivă a medicamentelor care „descarcă” plumbul (edetamin, penicilamină) este utilă. Ea se va face însă numai la recomandăția medicului, după trecerea muncitorului la un loc de muncă fără expunere la plumb. Saturnismul neprofesional poate fi prevenit prin controlul riguros asupra manipulării și folosirii compuşilor toxici ai plumbului și prin excluderea consumului de băuturi alcoolice, a alimentelor susceptibile a fi poluate cu plumb, de proveniență dubioasă.

Dr. Nicolae PREDA

BOALA DE VIBRAȚII

Vibrațiile cu acțiune nocivă asupra organismului sînt produse cu deosebire de unele unelte sustinute și dirijate manual (ciocane pneumatice, polizoare, fierăstraie mecanice), ale căror oscilații se transmit corpului prin mîna și braț. În alte situații, vibrațiile provenind de la mașini și motoare se transmit prin podele, scaune, platforme vibrante către picioare, spate, regiunea fesieră (compresoare, turbine, vehicule grele de transport, tractoare etc.).

Manifestările patologice din cadrul bolii de vibrații interesează cu deosebire sistemele vasculare, nervos, osteoarticular și muscular. Forma cea mai răspîndită sub care apare boala de vibrații este reprezentată prin fenomenul Raynaud profesional, cunoscut și sub denumirea de „boală a degetelor albe” — manifestare patologică implicînd membrele superioare supuse șocurilor permanente date de unelte vibratoare. Simptomul principal este albierea degetelor mîinii, datorită spasmului vaselor sanguine, apărînd în crize de durată scurtă, în special în condițiile temperaturii scăzute a aerului sau sub acțiunea apei reci; albierea cuprinde în primele stadii ale bolii doar vîrfurile degetelor, întinzîndu-se apoi la suprafețe mai mari. Alte semne sînt înțepăturile și durerile în mîini, cu apariție mai ales în timpul nopții, și scăderea sensibilității pielii. Cu timpul se adaugă tulburări osteoarticulare localizate în special la nivelul articulației cotului, apoi în articulațiile mîinii și, în fine, la umăr și alterarea țesuturilor musculare, care pe lîngă disconfortul produs de durere, duc și la o scădere a forței musculare și la incapacitatea de a continua munca cu unele vibratoare. Stadiile avansate ale bolii se însoțesc cu tulburări neuropsihice traduse prin simptome de neurastenii (oboseală pronunțată, dureri de cap rebele, amețeli, insomnii, nervozitate excesivă, proastă dispoziție etc.).

Expunerea la vibrațiile transmise prin sol și prin diferite alte suprafețe vibrante implică ansamblul organismului prin influența asupra sistemului nervos și prin tulburările vasculare generalizate. În aceste situații, boala de vibrații se exteriorizează prin predominanța simptomelor neuropsihice, prin slăbiciune fizică marcată, la femei putîndu-se adăuga tulburări endocrine și pericol de avort spontan.

Boala de vibrații este o afecțiune cu caracter progresiv; tulburările sînt, în marea lor majoritate, reversibile în primele stadii ale îmbolnăvirii prin aplicarea tratamentului medical și prin schimbarea provizorie sau definitivă a locului de muncă, în funcție de caz. Caracteristicile bolii subînteleg clar necesitatea — în paralel cu măsurile tehnice de combatere a vibrațiilor și cu utilizarea echipamentului de protecție individuală — a supravegherii medicale atente a personalului expus la vibrații, în vederea depistării precoce a îmbolnăvirilor și dispensarizării cazurilor diagnosticate ca atare.

Dr. Lia ZOTOVICI

TERAPII VECHI ȘI TOTUȘI NOI



Utilizate de înaintașii noștri pe baza observațiilor și experienței transmise de la o generație la alta, plantele medicinale nu trebuie considerate rudimente ale trecutului, ci medicamente naturale care pot fi administrate ca atare sau după o prelucrare elementară.

Asistăm astăzi, după numeroși ani în care plantele medicinale au pierdut locul important pe care îl dețineau în terapeutică, datorită dezvoltării impetuoase a medicinei, farmacologiei și producției medicamentelor de sinteză, la o justificată reconsiderare a lor. O reconsiderare ce se datorează în mare măsură reacțiilor adverse produse de medicamente — „al doilea tăiș” al lor —, fenomen care nu se constată decît în mică măsură în cazul folosirii plantelor medicinale.

Oricît de binevenită este reconsiderarea plantelor medicinale, nu trebuie omis însă că ele nu sînt „minuni ale naturii”, ci adjuvante ale terapiei moderne, deci nu au aceeași eficiență asupra tuturor persoanelor ce suferă de aceeași maladie. De aceea, trebuie folosite numai cu avizul medicului, autotratamentul și în acest caz fiind egal de periculos ca și automedicația.

Pentru a contribui la creșterea nivelului de cultură sanitară al cititorilor prezentăm în paginile următoare un minidicționar de plante medicinale și unele conexiuni dintre acestea și medicamente, realizate de specialiști din țara noastră în contextul în care în întreaga lume se acordă o importanță sporită fitoterapiei, aromoterapiei.

DE LA CUNOȘTINȚELE FARMACOLOGICE ALE GETO-DACILOR...

„Ce mare plăcere, ca niște oameni prea vi-teji să se îndeletnicească cu doctrinele filozofice, cînd mai aveau puținul timp liber după lupte. Putem vedea pe unul cercetînd poziția cerului, pe altul însușirile ierburilor și ale fructelor...” Astfel consemna, în secolul al VI-lea e.n., scriitorul got Iordanes calitățile geto-dacilor, consemnînd, între altele, și cunoștințele medicale ale strămoșilor noștri. Ca mai fiecare dintre populațiile antice, elementul de bază în tratamentul diferitelor afecțiuni îl constituiau plantele medicale.

Numeroasele „ierburi de leac” existente în medicina noastră populară, a căror utilizare s-a transmis pe cale orală din generație în generație constituie o dovadă indirectă că și la geto-daci asemenea plante erau folosite. Dar,

în afară de acestea, există o dovadă sigură că dacia cunoștea și întrebuințau asemenea plante: lucrarea medicului grec Dioscoride Pedanius Despre materia medicală, scrisă în prima jumătate a secolului I e.n. Lucrarea nu s-a păstrat în original, dar în anul 1499 a fost tipărită, constituind — prin raritatea exemplarelor — unul dintre cele mai prețioase incunabule din lume. Medic pe vremea împăraților Caligula (37—41 e.n.) și Claudius (41—54 e.n.), Dioscoride a călătorit mult, cunoscînd bine lumea vremii sale (a însoțit, printre altele, armata romană în expediția acesteia împotriva insulelor britanice), informîndu-se asupra proprietăților curative ale plantelor. Printre diferitele plante medicinale recomandate de el se numără și 34 cărora le dă denumirea în limba dacă, așadar ele erau folosite și de strămoșii noștri. Printre acestea, talpa giștii (în limba dacă bles) cu proprietăți asemănătoare valeriane, pătlagina (spioax sau scioax), cu acțiune cicatrizantă, expectorantă, emolientă; izma (tandilia), cimbrul (mizele), măraru (pol-polum), pelinul (zired), mușetelul (amolusta), maghiranul (diodela). Un alt tratat medical al antichității, Pseudo-Apuleius, menționează, în afară de cele enumerate de Dioscoride, alte 15 plante medicinale utilizate și de geto-daci.

Dar farmacopeea constituie doar un aspect

al medicinei vechilor locuitori ai meleagurilor românești. Într-un foarte cunoscut dialog intitulat Charmides, marele filozof al antichității Platon menționează un procedeu pe care Socrate l-ar fi învățat de la un medic trac, unul dintre ucenicii lui Zamolxis. „Spunea trarul acesta — notează Platon — că... Zamolxis ne spune că după cum nu trebuie să încercăm a îngriji ochii fără să nu ținem seama de cap, nici capul nu poate fi îngrijit, neținându-se seama de corp (și) tot astfel trebuie să-i dăm îngrijire trupului dimpreună cu sufletul și iată pentru ce medicii greci nu se pricep la cele mai multe boli: anume pentru că ei nu cunosc întregul pe care-l au de îngrijit”.

Platon folosea exemplul pentru a ilustra primatul spiritului asupra materiei, dar dincolo de aprecierea marelui filozof, recunoaștem un principiu de seamă al medicinei moderne; interdependența organelor și necesitatea unui tratament în funcție de particularitățile fiecărui pacient (dictonul „Nu există boli, ci bolnavi”).

Desigur, administrarea leacurilor era însoțită de descințe și vrăji — această practică fiind proprie chiar și grecilor și romanilor. Asemenea practici sînt menționate de Arian (Fragmente, III, 37) și ele au supraviețuit în multe obiceiuri și ritualuri folclorice.

Descoperirile arheologice ne dezvăluie, la rîndul lor, alte detalii asupra cunoștințelor medicale la geto-daci: la Sarmizegetusa Regia — capitala regatului dac al lui Decebal — a fost descoperită o trusă medicală cuprinzînd și un fel de tabletă medicamentoasă. Analizată chimic s-a dovedit că tableta conținea cenușă condensată provenită de la unul din vulcanii de la Marea Mediterană, remediu folosit în antichitate de reprezentanții Școlii din Cos (intemeiată de părintele medicinei, Hipocrate) ca absorbant în răni.

Chirurgia se situa și ea la un nivel înalt, dacă luăm în considerare urmele de trepanație ce au fost identificate pe un craniu descoperit cu prilejul săpăturilor arheologice de la



Miniatură dintr-un manuscris din sec. VI (copiat pentru prințesa Anicia din Bizanț) după lucrarea lui Dioscoride Pedanius, «Despre materia medicală», cuprinzînd și descrierea unor plante medicinale folosite de daci.

Poiana (Galați).

În sfîrșit, să notăm o descoperire dintr-un domeniu înrudit cu medicina: cosmetică! La Pădureni — Vrancea arheologul Gheorghe Bichiv a identificat două splendide pudriere cizelate cu dăltița și ciocanul, în interiorul cărora se afla o pulbere fină, de culoare roz (mărgear calcinat — cum s-a dovedit în urma analizei de laborator), folosită drept fard de străbunele noastre. Cochetăria era deci și ea, cu peste două mii de ani în urmă, o preocupare... la modă.

Gheorghe DAVID



Osul iepurelui



Săpunariță

...LA MEDICAMENTELE DIN PLANTE

În lucrarea „Flora Republicii Socialiste România” (volumele I—XIII, 1952—1976) sînt prezentate cele peste 3 000 specii de plante superioare (cu flori) ce cresc spontan în țara noastră. Dintre acestea, 184 sînt valorificate la ora actuală în calitate de plante medicinale, aromatice și condimentare. Acest număr este mare, dacă se raportează la celelalte categorii de plante de interes economic (alimentare, tehnice) și poate fi comparat numai cu plantele decorative și cele melifere. În afară de cele 184 de specii incluse în lista oficială din anul 1980, în medicina populară românească se mai folosesc sute de alte plante. Ele reprezintă resurse însemnate pentru cercetare și industrializare. Dar remediul popular nu este medicament. Pentru a putea fi considerat medicament, valoarea lui terapeutică trebuie să fie testată pe animale de experiență, prin investigații chimice și tehnologice, trebuie să se găsească cea mai potrivită formă de administrare, ultimul cuvînt de spus avîndu-l medicul clinician, care conduce observațiile la bolnavi și voluntari în condițiile rigurose stipulate de legislație. Medicamentul vegetal trebuie să corespundă întru totul exigențelor actuale, care sînt identice, atît la produsele realizate din materia primă naturală, cît și la cele realizate din substanțe de sinteză.

Pornind de la date din medicina populară, adunate și prelucrate, începînd din anul 1949 la Tirgu-Mureș s-au realizat din plante medicinale diferite medicamente, avizate de Ministe-

rul Sănătății, dintre care menționăm mai jos câteva. Microproducția este asigurată de laboratorul galenic al Oficiului farmaceutic, produsele se găsesc în farmaciile de pe raza de activitate al acestui oficiu și pot fi obținute prin Farmacia nr. 4 din municipiul Tirgu-Mureș, Piața Gării nr. 4 cod 4300.

Hiporib (comprimate) este un medicament indicat în hipertensiunea arterială esențială. Pe lângă efectul antihipertensiv, prezintă și un ușor efect sedativ. În prima săptămână se administrează de 3 ori câte două comprimate pe zi, iar din cea de-a doua săptămână cite un comprimat de trei ori pe zi, după mese (comprimatele pot fi strivite). Supravegherea bolnavilor hipertensivi și prescripția medicamentelor intră în competența medicului, conduită care este valabilă la toate bolile. În cazul că valorile tensionale sînt reduse sub acțiunea medicamentului la valori corespunzătoare, acesta poate fi folosit ca monoterapie. Dacă este necesar, medicul poate să apeleze la orice alt medicament antihipertensiv cu care se asociază fără risc; de preferință se va folosi un diuretic (Nefrix sau Ufrix — cite un comprimat din două în două zile, luat în prima jumătate a zilei). Hiporib este bine tolerat, nu se cunosc efecte secundare. Unii bolnavi au semnalat constipație, care poate fi prevenită alimentară.

Ceaiul contra aterosclerozei, elaborat de Centrul de cercetări medicale din Tirgu-Mureș, reprezintă la ora actuală cel mai inofensiv produs cu efect hipocolesterolemiant care reduce riscul coagulării intraarteriale a singelui și probabilitatea agregării trombocitelor. Ca orice medicament din această clasă, prezintă mai ales efect preventiv în tratamentul de lungă durată.

Hepatosol (picături) este indicat în colecistopatii cronice (disfuncții ale veziculei biliare) și în prevenirea formării calculilor biliari. În prima săptămână se administrează 5 picături de 3 ori pe zi, după care doza este mărită succesiv cu cite 5 picături în fiecare săptămână, ajungîndu-se după două luni la 40—45 de picături (de trei ori pe zi). Se scade apoi treptat doza și se intercalează o pauză de 5—7 zile. Tratamentul poate fi reluat ori de cite ori este necesar.

Rubifer picături și Rubifer compus conțin 1 la sută fier în suc natural de fructe și sînt indicate în anemia feriprivă (carența de fier), întîlnită mai ales la copii și femei. Ca și în cazul altor tratamente cu medicamente pe bază de fier, administrarea este de lungă durată (cel puțin 2 luni), evitîndu-se forțarea hematopoezei (formării globulelor roșii) prin doze prea mari.

Renol (picături) este un succedaneu al medicamentelor similare, preparat din uleiuri volatile și indicat în calculoza (litiiza) urinară. Doza de întreținere este de 3—5 picături de 3—5 ori pe zi; în colici nefritice se pot administra 25—30 de picături iar în caz de nevoie, se repetă după 30 de minute, continuîndu-se tratamentul cu doza de întreținere. Se poate asocia cu orice alt medicament prescris de medic.

Bradol (esență naturală de brad). Conțin-

utul unei sticleuțe, turnat în apa de baie, prezintă efect relaxant asupra musculaturii striate (de schelet) și îmbunătățește circulația sanguină periferică. În stațiunile balneare din raza de activitate a Oficiului farmaceutic Tirgu-Mureș se folosește în diferite afecțiuni reumatismale, dar tratamentul poate fi și ambulatoriu. Durata băilor zilnice este de 15—20 de minute, asigurîndu-se menținerea temperaturii inițiale a apei.

Sortimentul de medicamente pe bază de plante medicinale este lărgit anual. De exemplu, sînt într-o fază avansată cercetările privind un nou produs destinat prevenirii formării calculilor, un produs ce urmează să fie folosit în tratamentul enterocolitelor, precum și un produs cu acțiune protectoare a mucoasei gastrice, destinat prevenirii ulcerului, a unui antifungic indicat în dermatomicoze.

Prof. dr. Gabriel RĂCZ
Facultatea de farmacie
I.M.F. Tg. Mureș



Măcrișul iepurelui

AROMOTERAPIA

În medicina noastră tradițională plantele, conținînd uleiuri esențiale, eterice sau volatile, au fost întrebunțate din vremuri străvechi în scopuri medicinale sau în diferite ritualuri religioase. În acest din urmă scop este interesantă de menționat utilizarea pe scară largă, începînd din Extremul Orient și pînă în zona noastră europeană, a busuiocului, a cărui denumire științifică (*Ocimum basilicum*, *Ocimum sanctum*) confirmă acest lucru. Populația considera „miracol” faptul că „apa sfințită” nu se alterează chiar după un an de conservare. Ea era utilizată în uzul intern ca „medicament” în calmarea colicilor sau ca „liniștitor” în stări de excitabilitate nervoasă. Astăzi se știe că substanțele active din busuioc, în special uleiul volatil, au un larg spectru antibacterian și antifungic, precum și efecte antispastice, sedative.

Nu era lipsită de logică nici arderea tămîii sau a rășinii în biserici sau în mari aglomerări umane, fiind o metodă bună pentru a preîntîmpina răspîndirea unor epidemii. Dar poate că nici cei ce o practicau nu știau de ce o fac și nici de faptul că

prin descompunerea rășinilor sub acțiunea căldurii avea loc o „distilare uscată” a uleiurilor volatile, componente ale tămii sau a unor acizi (cel benzoic), un bun conservant tocmai datorită acțiunii sale împotriva microorganismelor.

Revenind însă la aromoterapia științifică, acest termen este relativ recent, din anul 1928, când a fost introdus în literatura de specialitate, la Paris, de către R.M. Gatterfosé. Pionier al aromoterapiei moderne însă trebuie considerat medicul francez Jean Valnet, adept pasionat al terapiei naturale și autor al lucrărilor: „Tratamentul bolilor prin legume, fructe și cereale”, „Fitoterapia” (tratamentul bolilor cu plante), „Medicul Natura” și „Aromoterapia”, apărută în ultimii 10 ani în cinci ediții. Dar nu numai în Franța este practică aromoterapia, ci în numeroase țări (U.R.S.S., Anglia, S.U.A., Italia, R.P. Bulgaria, R.D. Germană, R.F. Germania), numeroși cercetători și medici practicieni recurând la binefacerile tratamentului cu uleiuri volatile. În prezent, în țara noastră aceste uleiuri volatile sunt utilizate în majoritate în industria cosmetică și alimentară, în prepararea unor băuturi alcoolice și a articolelor utilizate în igiena zilnică.

În practica farmaceutică, uleiurile volatile sunt folosite în cantități relativ mici pentru corectarea gustului unor medicamente, în fricțiuni sau sub formă de inhalatii.

Ținând seama de valoarea terapeutică a uleiurilor volatile și de utilizarea lor în alte țări, consider că pentru dezvoltarea aromoterapiei în țara noastră, în următorii ani, două aspecte trebuie luate în considerare: lărgirea sortimentelor de uleiuri volatile obținute din plantele aromatice din flora spontană și din culturi (numai din plantele aromatice indigene sortimentul de uleiuri volatile poate fi ridicat la un număr de 30—40 chiar în actualul cincinal) și introducerea în practica terapeutică a uleiurilor volatile pe baze științifice în tratamentul a numeroase afecțiuni, în special în unele boli infecțioase datorate unor germeni rezistenți la antibiotice (acțiune posibilă printr-un procedeu relativ simplu, denumit aromatogramă, similar antibiogramei).

Pentru a sublinia importanța aplicării în terapeutică a uleiurilor volatile și spectrului lor larg, voi da câteva exemple de utilizare: în bolile aparatului cardiovascular, în special în afecțiuni circulatorii, se poate utiliza uleiul volatil de salvie, de levănțică și de rosmarin; în enterocolite și colici abdominale se recomandă uleiul volatil de mentă, busuioc, mușetel, coriandru, fenicul, cuișoare, melisă și mătăciune; în afecțiuni hepatice și în litiaza biliară: se poate utiliza uleiul volatil de lămie, rosmarin, mentă, uleiul volatil al plantei exotice Myristica și uleiul volatil de terebentină (rectificat).

Dintre afecțiunile aparatului genito-urinar în care se pot folosi uleiurile volatile men-

ționăm: amenoreea (în care se recomandă uleiul volatil de mușetel, sovîr, cimbru de grădină, busuioc și levănțică); dismenoreea (în care se recomandă uleiul volatil de anason verde, ienupere, salvie și de rosmarin) și litiaza urinară (în care se poate folosi uleiul volatil de lămie, mușcată, ienupere, anason).

În afecțiunile căilor respiratorii și pulmonare sunt utilizate uleiurile volatile de eucalipt, jneapăn, brad, cuișoare, cimbru și de cimbrisor, isop, uleiul volatil extras din plantele exotice Malaleuca leucadendron (eficient în special în bronșita acută), Malaleuca viridiflora (în bronșita cronică).

În afecțiuni ale sistemului nervos central sunt folosite pentru acțiunea lor sedativă uleiul volatil de măghiran, busuioc și rosmarin; în migrene, uleiul volatil de mentă, brad și jneapăn; în stările de astenie, uleiul volatil de salvie, scorțișoară, eucalipt, măghiran, isop și busuioc; în astenia sexuală, uleiul volatil de scorțișoară, cel din fructele plantei numită „angelică”, din planta exotică numită „gimbar”, de pin, cuișoare și din planta exotică numită santal.

Largi posibilități terapeutice au uleiurile volatile în bolile infecțioase cauzate de numeroși germeni gram pozitivi și negativi sau chiar în afecțiuni virale.

Datorită acțiunii lor puternice, uleiurile volatile se întrebuintează numai cu avizul medicului, de obicei diluate în alcool sub formă de picături.

Dr. farm. Ovidiu BOJOR

NOI PRODUSE TERAPEUTICE ORIGINALE

Tendința omului de a găsi empiric leacuri împotriva bolilor s-a manifestat din primele stadii ale societății. Simțul de observație, inteligența și capacitatea de a sintetiza și transmite din generație în generație cele mai valoroase învățăminte s-au manifestat mereu la poporul nostru, deținător al unui important și apreciat tezaur de folclor terapeutic. Preluând acest prețios tezaur și valorificându-l în condițiile create astăzi în țara noastră cercetării științifice și dezvoltării continue a ocrotirii sănătății populației, specialiștii din domeniul medicinei și al farmacologiei creează noi produse de sinteză cu importante proprietăți.

Vă prezentăm câteva dintre reușitele cele mai recente obținute în acest domeniu de către specialiștii din domeniul farmacologiei din București, Sebeș-Alba și Tg. Mureș, cu ajutorul cărora boli care necesită un tratament îndelungat, uneori cu efecte limitate, sau situații care pot duce la degradarea sănătății, pot fi prevenite, ameliorate sau combătute.

● Rinitele alergice pot fi vindecate. Pornind de la faptul că în aceste boli supărătoare tratamentul trenează mult timp, administrarea orală a antihistaminicilor avind un efect de scurtă durată, iar corticoterapia, deși cu rezultate spectaculare, este eficientă numai cit timp



este aplicată, farm. Elena Pandelescu de la Farmacia nr. 56 din Capitală a realizat un nou medicament numit rinoconii. De forma unor bastonașe (lungi de 3 mm și în greutate de 0,25—0,30 g), rinoconiile se introduc în fosele nazale. Fuzibile la temperatura corpului, ele permit o bună dispersare pe mucoasă și favorizează resorbția principiilor activi.

Administrat în cadrul Dispensarului-politclenic „Drumul Taberei” unui număr mare de bolnavi de rinită alergică (timp de 10 zile pe lună, de două ori pe zi), rinoconiile au diminuat rapid simptomele obstructive, aspectul mucoasei nazale redevenind normal. Ele sînt însă contraindicate persoanelor care conduc autovehicule și copiilor pînă la vîrsta de 3 ani.

Noul medicament brevetat de Oficiul de stat pentru invenții și mărci și avizat favorabil de Comisia medicamentului a Ministerului Sănătății urmează să intre în producție de serie la întreprinderea de antibiotice Iași. Pînă atunci se realizează în cadrul microproducției la Farmacia nr. 56 (Bd. Alexandru Moghioroș, Sector 6), de unde se poate obține pe baza rețetei eliberate de medicul specialist O.R.L., în care este necesar să se precizeze valorile tensiunii arteriale ale bolnavului, întrucît hipertensiunii trebuie să folosească rinoconii în compoziția căruia nu intră efedrină.

• Tarplex — un medicament eficient în prevenirea și tratarea faringitelor virotice și cronice. Prezentat sub formă de tablete, în formula cărora intră substanțe antimicrobiene, antiinflamatoare și oleuri volatile extrase din plante medicinale, toate încorporate în sorbitol, noul medicament Tarplex este realizat de farm. Elena Pandelescu din București. Plăcute la gust, administrate după mesele principale —

adultilor cite o tabletă de 3 ori pe zi, iar copiilor peste vîrsta de 3 ani cite 1/2 tabletă de 2—3 ori pe zi, tabletele Tarplex nu se înghit, ci se sug, după folosirea lor fiind interzisă consumarea de alimente cel puțin 2 ore. În anotimpul rece și în perioadele de umiditate mare se iau în scop profilactic.

Medicamentului Tarplex s-a acordat brevet de invenție de către O.S.I.M. urmînd să fie realizat la întreprinderea „Terapia” din Cluj-Napoca.

• Unguentul antitusiv „Cibotusin”. Pornind de la dezideratul că etnologia medicală și elementele ei constitutive se pot reimprospăta sporindu-și valoarea prin mutații funcționale, farm. Horia Bucur de la Farmacia nr. 37 din orașul Sebeș-Alba, după cercetări și informații culese de la oamenii ce locuiesc pe Valea Sebeșului, a studiat posibilitatea realizării unui preparat medicamentos sub formă de unguent tip emulsie, cu aplicație externă indicat în combaterea afecțiunilor căilor respiratorii și a tulburărilor cardiace. Obținut din noiembrie 1974, din extracte din plante medicinale specifice florei țării noastre, unguentul antitusiv Cibotusin a fost brevetat de O.S.I.M. și avizat favorabil de Comisia medicamentului a Ministerului Sănătății. El se administrează extern, sub formă de frecție, în zonele de presupunătură specifice efectului urmărit (pe gît, piept și toracele posterior) de două ori pe zi, ca antitusiv unic, fără utilizarea altor medicamente. Are o acțiune foarte bună în traheite, bronșite, laringite, astenie vocală, viroze, în unele forme de astm bronșic, combaterea tusei și în special în guturai. De asemenea, ca adjuvant în nevroza cardiacă și angină pectorală.

Unguentul antitusiv Cibotusin, experimentat la peste 20 000 de bolnavi, a dat rezultate bune indeosebi la copii, cunoscut fiind refuzul acestora de a li se administra medicamente pe cale orală, dar și la adulții și vîrstnicii suferinzi de astm, înlocuind cu succes medicamentele din import. Totodată, este lipsit de orice efect secundar.

Pînă la intrarea în producție industrială, unguentul este preparat în laboratorul Farmaciei nr. 37 din Sebeș-Alba pe bază de rețetă eliberată de medic.

• Emulsii, pudre, unguente și balsamuri cu diferite utilizări terapeutice. Folosind plante medicinale binecunoscute, uleiuri volatile și alte substanțe, farm. Horia Bucur a realizat o emulsie și o pudră eficiente în acnee vulgară, juvenilă și rozacee, un unguent indicat în degerături, arsuri, ulcer varicos, prostatită și interigo, o serie de balsamuri venotonice utile în ulcer varicos, luxații, masaje pentru sportivi și o emulsie-spray cu acțiune cicatrizantă în răni greu vindecabile, iritații ale buzelor și mameleanelor.

Totodată, a realizat preparate cosmetice destinate îngrijirii copiilor, utilizînd plante medicinale și componente farmaceutice foarte cunoscute, care nu prezintă o anumită doză de risc. Înglobate în creme și emulsii, ele s-au dovedit deosebit de eficiente în prevenirea și tratarea erupțiilor, în impetigo.

• Preparatele antialergice din gama „Alcis”. Un colectiv de cercetători condus de dr. Ionel

Dinu de la Centrul de igienă și sănătate publică din Timișoara a realizat trei preparate antialergice destinate suferinșilor de diferite alergii. Gama „Alcis” cuprinde antialergeni eficienți în combaterea alergiilor provocate de polenul de graminee, praful din casă și fulgi, de ciuperca „Candida albicans”, polenul de cereale, finul mușcău și acarieni (mici vietăți conținute în praful de casă); ei au fost experimentați cu succes în cadrul laboratorului de alergologie de la Spitalul clinic județean nr. 1 din Timișoara.

Preparatele antialergice din gama „Alcis” se pot obține deocamdată de la farmaciile timișorene pe baza rețetei eliberate de medicul alergolog.

● Siropul antianemic Ferobot. Este cunoscut că organismul uman conține 4—5 g fier, repartizat în toate țesuturile și celulele, cea mai mare cantitate fiind prezentă în hemoglobina din eritrocite și în mioglobina musculară. Cauzele care duc la instalarea anemiei feriprive (prin lipsă de fier) sînt multiple: aport alimentar insuficient în acest mineral și în proteine, nevoi crescute (în copilărie, pubertate și pe timpul sarcinii), pierderi (prin hemoragii, menstrii și la nașteri), consum exagerat (în afecțiuni inflamatorii și tumorale), absorbție defectuoasă a fierului (cazul bolii gastro-intestinale) și tulburări de utilizare (intoxicații). Semnele clinice ale anemiei feriprive sînt determinate de capacitatea redusă a singelui de a transforma oxigenul ca urmare a scăderii hemoglobinei. Astăzi este însă evident că deficitul de fier este o boală de sistem mult mai complexă, în care sînt implicate toate celulele.

Tratamentul anemiei feriprive constă în administrarea preparatelor de fier pe cale orală și în cazuri grave prin injecții. Rolul fierului administrat constă în creșterea cantitativă a eritrocitelor și a hemoglobinei și mai ales în restabilirea rezervelor de fier ale organismului. Sînt preferate sărurile de fier divalent care să aibă absorbție maximă și efecte secundare minime.

Colectivul disciplinei de biochimie și chimie sanitară de la Facultatea de farmacie din Tîrgu-Mureș, condus de prof. dr. Virgil Bota, a reușit, după cercetări efectuate timp de cinci ani, să prepare un sirop antianemic din extracte vegetale îmbogățite cu fier organic și vitamina C, denumit Ferobot, care a fost aprobat de către Comisia medicamentului a Ministerului Sănătății să fie preparat la laboratorul de microproducție al facultății.

Administrat inițial la animale anemiate și ulterior la copii și adulți anemici, timp de 3 săptămîni, s-a constatat creșterea hemoglobinei cu 23—46 la sută și a fierului seric cu 30 la sută. Siropul denumit Ferobot a dovedit o foarte bună stabilitate, a fost foarte bine tolerat, ne prezintă reacții adverse; datorită gustului său plăcut este ușor acceptat, nici unul dintre pacienți ne prezintă tulburări digestive și reacții adverse.

Alături de plantele medicinale, poporul nostru are bogate și milenare tradiții în folosirea în scopuri terapeutice a mierii de albine, fagu-

rilor și a altor produse apicole. Preluînd aceste tradiții apicultorii explorează tainele vieții coloniei de albine și roadele hîrniciei acestor insecte: păstura, polenul, veninul de albine, propolisul și lăptosul de matcă.

Unul dintre acești apicultori, Nicolae V. Ilieșiu (în fotografie), de fel din comuna Maleru, județul Bistrița-Năsăud, unde terapia populară cu produsele stupului s-a moștenit din generație în generație, a realizat în ultimul timp în colaborare cu specialiști din domeniul farmacologiei gama produselor apiterapice Apilarnil, Apilarnilprop și Apivitas, la care de curînd a adăugat altele despre care vă informăm mai jos.

● Hepatoapimel este un produs natural medicamentos cu acțiune hepatobiliară și hepatoprotectoare, pe bază de extracte din plante medicinale, miere de albine, păstură provenită din polen fără exini (învelișul exterior al grăunțului de polen), propolis, Apilarnil și alte produse apicole. Realizat în colaborare cu prof. dr. doc. Dumitru Dobrescu și dr. farm. Ovidiu Bojor, noul produs are o compoziție chimică complexă, conținînd alcaloizi, substanțe de natură flavonoidică, coliră, flabofene, glucide, vitamine, enzime, hormoni, aminoacizi esențiali, microelemente.

Hepatoapimel are o acțiune sedativă asupra sistemului nervos superior, coleric — colagogă, hepatoprotectoare, antiseptică, antibacteriană, antifungică, energizantă și de stimulare a funcției hepatice, fiind indicat convalescenților după hepatită virală, suferinșilor de hepatită cronică, colici hepatobiliare și dischinezii biliare.

Brevetat de O.S.I.M., el este în curs de experimentare clinică la Spitalul Ministerului Transporturilor și Telecomunicațiilor.

● Giardinocid, produs medicamentos indicat în tratamentul giardozii, tricomoniazelor și altor infecții cu protozoare intestinale și hepatice, a fost realizat de N. Ilieșiu în colaborare cu un colectiv de specialiști — dr. farm. Ovidiu Bojor, dr. Dan Panaitescu, dr. farm. Elena Ciobanu, farm. Ion Bădescu și biolog Mircea Alexan —, fiind în prezent în curs de experimentare.

● Gama produselor de întreținere și igienă cosmetică „Acantha” cuprinde în formula de fabricație Apilarnil, care aduce un important aport de proteine, glucide și lipide într-un armonios echilibru, o însemnată cantitate de precursori hormonal de tip androgen, săruri minerale, vitamine și aminoacizi, care contribuie la reglarea învelișului de cicatrizare și cheratinizare, acționînd totodată ca activator al factorilor de apărare ai organismului.

Recent au intrat în fabricație la întreprinderea de produse cosmetice „Miraj” din București următoarele produse „Acantha” realizate de N. Ilieșiu în colaborare cu ing. Rozalia Speteanu și ing. Stana Cismaru: emulsia hidratantă pentru curățirea pielii indicată oricărui tip de epidermă; crema hidratantă de zi (pentru tonifierea și nutriția pielii grase sau uscate), folosibilă ca fond hidratant pentru pudră — în cazul tenurilor fragile, delicate — și ca suport pentru fardare și machiaj; crema nutritivă de noapte aplicabilă și pe tenuri foarte sensibile ajută celor obosite și slăbite

să se revitalizeze; crema de ochi antirid; samponul „Acantha”, cu acțiune detergent-tonifiantă, care contribuie la intensificarea circulației singelui la nivelul pielii și deci la întărirea rădăcinii părului, înlătură mătreața și normalizează funcția de nutriție a țesuturilor afectate, avind o acțiune tonic stimulantă.

Prezentarea unor noi produse terapeutice originale, creații ale inteligenței și spiritului inventiv ce caracterizează poporul nostru, vine să confirme posibilitatea realizării unor eficiente mijloace de prevenire și tratare a bolilor prin utilizarea plantelor medicinale și a produselor apicole.

Realizările obținute în acest domeniu se datoresc condițiilor create în ultimii 17 ani în România socialistă cercetării științifice fundamentale și aplicative, sprijinului acordat promovării noului și realizărilor valoroase în orice domeniu, expresii ale grijii permanente a partidului și statului nostru față de om și nevoile sale, pentru continua creștere a calității ocrotirii sănătății întregului popor.

Nicolae TURTURESCU

Minidicționar de plante medicinale De la A la M

În toate țările lumii, astăzi se manifestă un interes în continuă creștere pentru fitoterapie, adică pentru folosirea în scopuri terapeutice a plantelor medicinale, cele mai multe dintre ele constituind materia primă pentru industria de medicamente. Substanțele active din plante fiind produse sintetizate de celula vie găsesc o biodisponibilitate mai ridicată în organismul uman decît remediile chimioterapice și deci față de plantele medicinale se manifestă în măsură mult mai mică intoleranța și efectele secundare. Cu toate acestea, plantele medicinale sînt însă adjuvante ale medicamentelor, deosebi în afecțiuni severe, tratamentul fitoterapeutic fiind în mai mare măsură simptomatic și mai puțin cauzal.

În momentul cînd plantele medicinale se afirmă din ce în ce mai mult pe plan terapeutic se constată că principalul impediment în utilizarea lor corectă îl constituie faptul că din marele număr de specii cu virtuți vindecătoare (peste 700 în flora țării noastre) populația nu cunoaște decît un număr restrîns.

Pentru a oferi posibilitatea cunoașterii unui număr mare de plante valoroase, prezentăm cu concursul colaboratorului nostru, biologul Mircea ALEXAN, un minidicționar de plante medicinale, în ordine alfabetică, de la A la N, cu excepția citorva foarte cunoscute (mentă, mușețel, sunătoare, tei) cu date sintetice asupra ecologiei speciei, părții recoltabile, epocii optime de recoltare, conținutului în principa-

lele substanțe active, proprietățile terapeutice, modul de utilizare și administrare a plantei respective.

Pentru simplificare, în cuprinsul minidicționarului anumite formulări s-au substituit prin următoarele semne grafice: ● = partea utilizată și luna optimă de recoltare; x = principalele substanțe active conținute; xxx = proprietăți terapeutice și utilizări; ●● = mod de administrare.

AFIN (*Vaccinium myrtillus*) fam. Ericaceae. Arbust din zona montană (înalt, 20-50 cm) formînd asociații întinse (afinșuri) de la 1 000 m la 1 250 m ● Fructele, VII-VIII: frunzele, VII-IX x Taninuri (pînă la 10 la sută), derivați flavonici, arbutozid, mirtilina; în fructe mirtilina a și b, vitaminele C, din complexul B, vitamina A xxx Asstringent, antiseptic; utilizat în diaree cronice, dizenterie; frunzele — principal adjuvant în diabet, diuretice, dezinfectante ale tubului urinar; fructele contribuie la adaptarea vederii de la întuneric la lumină ●● Frunze: infuzie (o linguriță la cană), 2-3 căni pe zi; fructe: decoct (o linguriță la cană, 2 căni pe zi); macerat la rece 8 ore (o linguriță/250 ml apă), cidru, lichior (cu moderație). Frunzele intră în formula ceaiului dietetic „Plafar”. **ALBASTRELE** (*Centaurea cyanus* L.) fam. Compositae. Plantă ierboasă anuală (înaltă 0,50-1m), buruiană (în special în culturi păioase, la marginea drumurilor, în locuri uscate, pietroase ● Inflorescențe (impuriori „flori”), VII-VIII x Principii amar, tanin, glicozidul cicerină, mucilagii, antocianidine, săruri de potasiu xxx Diuretic ușor (în special în amestec cu alte specii), efecte favorabile în boli reumatice, calmant în conjunctivite, iritații și înroșiri ale pleoapelor ●● Infuzii (1/2 linguriță de plantă la cană), băute în 2-3 reprize, cu 15-20 minute înainte de mese; spălături ale ochilor sau comprese cu infuzie. Intră în compoziția ceaiului diuretic nr. 2 „Plafar”. **ALUN** (*Corylus avellana* L.) fam. Betulaceae. Arbust foarte ramificat cu coroană largă; crește în zona forestieră (îndeosebi la deal, pe coline), în luminisuri și pe marginea pădurilor ● Frunzele, VI-VII x Polifenoli (miricetină, leucoaritină, acid cafeic și clorogenic, flavonoide, ulei volatil xxx Hemostatic, dezinfectant, mărește rezistența capilarelor; acțiune favorabilă în perilefite ●● Infuzie (o linguriță la cană), 2 căni pe zi sau băi locale cu această infuzie. **AMAREALĂ** (*Polypogon amarus* L.) fam. Polygalaceae. Plantă ierboasă perenă (din păduri, pășuni, fîșete montane); din rizomul ei se formează anual mai multe tulpinițe de 15-25 cm, cu frunze în rozetă bazală iar pe tulpini, alterne, flori albastre în spice terminale ●● Planta întreagă și rădăcinile, V-VI (în timpul înfloririi) x Substanță amară, saponine triterpenice, salicilat de metil, ulei volatil xxx Acțiune expectorantă (utilizată în bronșite, astm), tonic-aperitivă și stomachică, ușor diuretică și depurativă ●● Decoct (o linguriță la cană) se bea 1 cană/zi sau 2 căni/zi, din care 1 seara, ca purgativ. **ANASON** (*Pimpinella anisum* L.) fam. Umbelliferae. Plantă ierboasă anuală de cultură (40-70 cm înălțime), crește în sudul țării, avînd cerințe deosebite de căldură ● Fructele, VIII x Ulei volatil (2-3 la sută), foarte bogat în anetol xxx Carminativ deosebit de eficient; prin eliminarea gazelor se calmează colicile la sugari; stomachic, expectorant, stimulant al lactației și al sistemului nervos ●● Infuzie — adulți: 1/2 linguriță de fructe la cană; sugari: 5-6 fructe la 100 ml apă fiartă. Atenție, supradozarea produce stări de excitație puternică. Contraindicații: gastrită hiperacidă, ulcer, enterocolită acută și cronică. **ANGHINARE** (*Cynara scolymus* L.) fam. Compositae. Plantă ierboasă de cultură (bienală sau perenă), înălțime 2 m (în al doilea an de existență), cu frunze mari, adînc divizate, spinoase, albicioase și flori în capitule mari roșii-violette; crește în sudul și vestul țării ● Frunzele recoltate de 2-4 ori pe an, VI-IX x Cynarină, acid clorogenic, polifenoli, flavonoide, cinaropicrină (principiu amar), mucilagii, taninuri, acți organică, săruri de potasiu și magneziu xxx Coleretică și colagogă importantă, eficientă în insuficiența biliară, dischineziile hepatoprotectoare (recomandată în hepatite și ciroze), scade colesterolul (prin stimularea metabolismului în ficat); diuretică (recomandată în nefrite și edeme cardiorenale; indicată în

ateroscleroză, boli ale tubului digestiv, constipație, enterite, colite; tonică-aperitivă; depurativă (în urticarii, prurit); anti-diabetică ●● Infuzie (1 lingură de frunze la 500 ml apă); cantitatea se bea într-o zi; o cană dimineața pe nemincate (se stă apoi culcat pe dreapta 20-30 minute); restul cu 30 minute înaintea meselor principale. Cure de 20-30 de zile cu 30 zile pauză. Întră în noua formulă a ceaiului hepatic și a ceaiului stimulent gastric. **ARMURARIU** (*Sylbium marianum* L.) fam. Compositae. Plantă erbacee anuală de cultură (origine mediteraneană) care crește în sudul țării, cu ghimpi pe frunzele marmoreate cu alb și pe inflorescențe ● Fructele, VIII x Silimarina (derivat fenolic) și saponozide xxx Principala plantă hepatoprotectoare; indicată în hepatite, ciroze, stări inflamatorii și de suprasolicitare a ficatului; acțiune hipertensivă ●● Infuzie (1-1/2 linguriță de fructe măcinate la cană, 2 căni/zi; prima, înainte de micul dejun apoi se stă culcat pe partea dreaptă 20-30 de minute), a doua, în 2 reprize, cu 30 minute înaintea meselor principale) Cure de 15-20 zile cu pauză 15 zile. Contraindicată pentru hipertensivi. **ARNICA** (*Arnica montana* L.) fam. Compositae. Plantă ierboasă perenă, cu rozetă bazală și puține tulpinole, opuse și inflorescențe mari, galbene. Crește în ființe și pășuni montane în special în M. Apuseni și nordul Moldovei ● Inflorescențele (numite impropriu „flori”), VI-VII x Ulei volatil, carotenoizi, alcooli triterpenici, flavonoide, colină xxx Antiinflamatoare, antiseptică, cicatrizantă (în echimoze și contuzii), eficientă în laringită și răgușeală ●● Tinctură (din 20 g plantă macerată 10 zile în 100 ml alcool), diluată 1/5—1/10 cu apă potabilă. Infuzie (1 linguriță la cană) pentru gargară în laringită sau răgușeală, dar iritantă (dacă se aplică pe răni deschise). Nu se folosește în uz intern, datorită toxicității.

BATRÎNIS (*Erigeron canadense* L.) fam. Compositae. Plantă ierboasă erectă, neramificată, cu frunze înguste și numeroase antodii albicioase spre vîrf; invadantă în locuri necultivate, pe marginea câilor ferate ● Partea aeriană, VIII-IX x Ulei volatil, tanin xxx Astrigent (indicată în diaree, dizenterie), antihemoragică, diuretică (efecte aparte în nefroze lipidice, cistite, albuminurie, hidropizie, reumatism) ●● Infuzie (1 lingură la cană, 2 căni/zi. **BOZ** (*Sambucus ebulus* L.) fam. Caprifoliaceae. Plantă perenă, formează tufă viguroasă, bogat foliată; crește în locuri necultivate ● Rădăcina, III-IV, IX-XI x Substanțe amare, saponine, tanin xxx Diuretică (hidropizie și reumatism); purgativă ●● Infuzie (1 lingură la cană), 1 cană/zi. **BRUSTURE** sau **LIPAN** (*Arctium lappa* L.) fam. Compositae. Plantă erbacee bienală, înălțime 1-1,5 m, viguroasă, cu frunze extrem de mari, înfrîntă în locuri necultivate. Rădăcina, III-IV (la plante de 2 ani) și X-XI (la plante de 1 an) x Inulină, ulei volatil, săruri de potasiu, acid cafeic, vitamine din grupul B xxx Diuretică, sudorifică; prin cumularea acestor proprietăți depurativă, utilă în boli de piele, acnee, furunculoză, eczeme; proprietăți hipoglicemice în diabet; acțiune asupra vezicii biliare (în calculoză biliară) și de intensificarea eliminării bilei, tonic capilar; dezinfectant al plăgilor ●● Infuzie (1-2 lingurițe la cană) din care se beau 2-3 căni/zi; decoct (2-3 linguri la 1/2 l apă) pentru spălatul părului și rănilor; tinctură (20 g macerate 8 zile la 100 ml alcool folosită ca tonic capilar; se adaugă 1 lingură de oțet). **BUJOR** (*Paconia officinalis* L.) fam. Ranunculaceae. Plantă ornamentală ● Rădăcini, IX-X; flori, V-VI; semințe, VI-VII x Ulei eteric, peonină, tanin, mucilagii xxx Florile și rădăcinile au acțiune sedativă, semințele acțiune purgativă și emetică ●● Infuzie din flori sau semințe (o linguriță la cană), decoct din rădăcini (o linguriță la cană). **BUSUIOC** (*Ocimum basilicum* L.) fam. Labiatae. Plantă erbacee anuală de cultură (înălțimea 20-60 cm), ramificată de la bază, cu tulpină cu 4 muchii, flori labiate mici (albe, roze) în inflorescențe spiciforme; crește mai ales în sudul țării, avînd nevoie de multă căldură ● Partea aeriană, VII x Ulei volatil, saponozide triterpenice, taninuri xxx Efectele carminative și spasmolitice îl indică în meteorism, colici, dispepsii de natură nervoasă; stomachic; recomandat în astenii, migrene repetate, insomnii pe fond nervos, antitusiv, diuretic; stimulează secreția lăctată; dezinfectant contra aftelor ●● Infuzie (o lingură la cană, 2 căni/zi); decoct concentrat (2 linguri la 100 ml apă), gargară în afte. **BUSUIOCUL**

CERBILOR (*Mentha pulegium* L.) fam. Labiatae. Plantă ierboasă mică (10-30 cm), bogat ramificată, cu flori palid violacee, în cime contractate și distanțate; crește pe malul apelor și locuri mlăștinoase ● Partea aeriană, VI-VII x Ulei volatil (cu 90 la sută pulegonă), tanin, diosmină xxx Carminativ (în gastrite, dispepsii), expectorant (în bronșite), diuretic (în hidropizii), stimulent nervos ●● Infuzie (1-1/2 lingurițe la cană), 1 cană/zi.

CASTAN COMESTIBIL (*Castanea sativa* Mill.) fam. Fagaceae. Arbore mediteranean maiestuos, crește în zona Baia Mare și depresiunile Tismana, Polovraci ș.a. x Frunzele, VI-VIII x Tanin, acid cumaric și cafeic, camferol, vitamina E xxx Astrigent (diaree, dizenterie); sedativ al tusei prin acțiunea asupra centrilor respiratorii (bronșite) ●● Infuzie (cu 2 lingurițe la cană), 1 cană/zi. **CASTAN SĂLBATIC** (*Aesculus hippocastanum* L.) fam. Hippocastanaceae. Arbore exotic, ornamental ● Semințele, IX-X; Coaja, IV-V x Saponine (în special escina), flavonoide, glucozizi, tanin xxx Prin diminuarea fragilității pereților capilari, înăbușă țigerea circulației periferice și limfatice, prin acțiunea antiinflamatoare, utile în flebite, hemoroizi, varice, edeme numai în uz extern, datorită toxicității ●● Decoct (50 g semințe sau coajă la litru), băi locale, comprese. **CĂTINĂ** (*Hippophae rhamnoides* L.) fam. Elaeagnaceae. Arbust spinos, cu peri sate și pe tulpini și frunze, fructe portocalii în ciorchini; vegetează pe coaste pietroase sau argiloase (cultivat pentru fixarea lor în special în județele Bacău, Vrancea, Buzău, Prahova, Dimbovița și în delta) x Fructele, VIII-XI x Vitamine (C, B1, B2), carotenoide dizolvate într-un ulei gras, acid folie, acizi grași nesaturați, fotosteroli, inozitoli, acid nicotinic xxx Vitamizante de excepție; depurative (unele boli de piele, urticarie); anti-diareice ●● Infuzie (1-2 lingurițe la cană, 2 căni/zi). Întră în formula Ceaiului gastric stimulent. **CĂTUȘNICĂ** (*Nepeta cataria* L.) fam. Labiatae. Specie erbacee perenă din flora spontană (ființe, buruieni); în cultură, plantă erectă (înălțime 40-100 cm), tulpină cu 4 muchii, frunze triunghiulare cu margine crenelată, flori violacee în verticile la subsușura frunzelor; miros pătrunzător de lămîie x Partea aeriană, VI-VIII x Ulei volatil (0,2-0,7 la sută) cu carvacrol, nepetol, acid nepetalic, timol xxx Sedativă; tonică-amară; antitusivă (în tuse spastică) ●● Infuzie (1-2 lingurițe la cană), se bea seara înainte de culcare ca sedativă; tinctură antitusivă (20 g la 100 ml alcool, macerată 10 zile), se iau 15-20 picături de 2-3 ori pe zi. **CERENȚEL** (*Geum urbanum* L.) fam. Rosaceae. Plantă ierboasă perenă, erectă, frunze bazale în rozetă, cele tulpinale scurte petiolate, flori galbene, fructe multiple cu aspect de buzdugan. Vegetează uneori abundent în păduri umede de cîmpie, marginea apelor și drumurilor ● Rizomi, III-V și IX-XI x Tanin (10-18 la sută), glicozida geină, ulei volatil, eugenol, substanțe amare xxx Puternic astrigent (antidiareic și hemostatic), calmant (în dureri hemoroidale și menstruale), antiseptic (în plăgi infectate); în uz extern pentru stomatite și gingivite ●● Decoct (1 linguriță la cană), 2-3 căni/zi. Întră în formula ceaiurilor „Plafar”, anti-diareic și pentru gargară. **CHIMION** (*Carum carvi* L.) fam. Umbelliferae. Una din cele mai răspândite plante cultivate în nordul Moldovei, deaurile din vestul țării, podișul Transilvaniei și Tara Birsei, dar și în flora spontană, în ființe montane; are umbelae de flori albe sau roșietice și frunze adînc divizate ● Fructele, VII-VIII x Ulei volatil cu carvonă (50-60 la sută), limonen xxx Carminativ, calmant al colicilor (foarte util pentru copii), stimulent stomachic, diuretic, fluidifiant al secreției bronhice, emenagog, galactogen (necesar în perioada de alăptare), vermifug ●● Infuzie cu 1/2 linguriță la cană în cazul tulburărilor digestive (1 cană înaintea meselor principale). **CICOARE** (*Cichorium intybus* L.) fam. Compositae. Specie erbacee răspîndită în locuri necultivate; are inflorescențe albastre-azurii ● Rădăcinile, IX-XI și partea aeriană, VII-VIII ● Glicozidul cichonin, inulină, aminoacizi esențiali, acid cichoric, principii amare (lactulina), zaharuri, tanin, ulei volatil xxx Tonic amar; colectic-colagog; stimulează activitatea ficatului și ajută la eliminarea bilei, pe care o și fluidifică; ușor laxativ (în special rădăcina); depurativ (util în furunculoză și acnee); anti-diabetic, favorizînd funcția glicogenetică a ficatului și calmînd setea caracteristică ●● Infuzie cu 1-2 lingurițe

a cană, 2 căni pe zi. Partea aeriană intră în formula ceaiului depurativ, iar rădăcina în pulberea laxativ-purgativă.

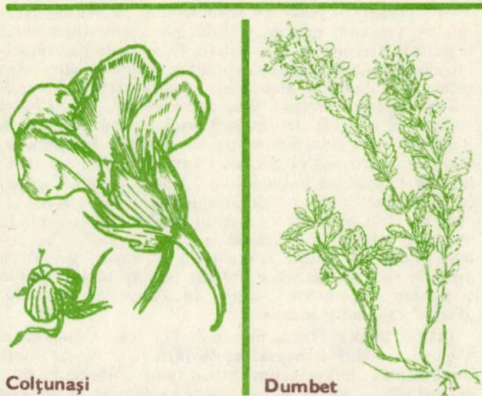
CIMBRISORUL DE CÎMP (*Thymus serpyllum* L.) și **CIMBRUL DE CULTURĂ** (*Thymus vulgaris* L.) fam. Labiatae; specii înrudite; prima din flora spontană (în fînețe mai uscate, calcareose), iar a doua cultivată în sudul țării; frunze înguste, flori roșietice-violeace. ● Partea aeriană, VI-IX x Ulei volatil conține borneol, cineol, timol, tanin, acid cafeic, flavonoide, principii amare xxx În uz intern: expectorant și antitusiv, util în bronșite, astm, chiar tuse convulsivă (de dorit în amestec cu pătlăgînă, podbal ș.a.); antiseptic digestiv în dispepsii, enterocolite; carminativ; tonic-aperitiv și stomachic; stimulent nervos (asteni, anemii de primăvară); vermifug. În uz extern, sedativ al durerilor sciatiche, reumatismale, gutoase; antiseptic în plăgi purulente; tonic capilar ● Infuzii (o linguriță la cană, 2-3 căni/zi); băi locale cu infuzie concentrată (30-50 g la litru) care poate fi utilizată și cu apă de gură. Contraindicație în dispepsii și în insuficiența pancreatică. Supradoze dau tulburări gastrointestinale și excitații nervoase. Intră în compoziția ceaiurilor „Plafar” antiastmatic, pectoral și sudorific. **CIMBRUL DE GRĂDINĂ** (*Satureja hortensis* L.) fam. Labiatae. Plantă anuală de cultură (înălț. 10-40 cm), puternic ramificată, cu frunze mici lanceolate, rare și flori labiate violacee; se cultivă în sudul țării. VI-IX x Ulei volatil cu pinen, pinocamfen, sescoviterpene, substanțe amare, tanin, disimnă, hisopină, marubini xxx Expectorant și antiseptic în bronșite cronice și astm bronșic; tonic-amar și stomachic, în contracturile nervoase ale stomacului; carminativ; ușor antidiareic ● Infuzie (1/2 linguriță la cană). **CIUBOTICA CUCULUI** (*Primula officinalis* L. Mill, *Primula elatior* L. Grub.) fam. Primulaceae; plantă ierboasă din zona de deal și de munte, foarte ornamentală; cu frunze în rozetă bazală și flori galbene pe tip 5 într-o umbrelă multifloră ● Flori, IV-V x Spanozide triterpenice (5-10 la sută), flavonozide, taninoizi, vitamina C xxx Expectorante puternice, în bronșite, laringite, pneumonie ● Calmante și antispasmodice, utile și în insomnii; mărirea secreției salivare; vomitiv ● Infuzie (1 linguriță de flori la cană) sau decoct (1 linguriță de rădăcini la cană), 2-3 căni/zi (pentru copii dozele pe jumătate). **CIUMĂREA** (*Galega officinalis* L.) fam. Leguminosae. Plantă ierboasă cu frunze imparelate cu numeroase foliole înguste, flori papilionate violacee în raceme lungi, frecvență în livezi, pășuni umede, margini de ape ● Partea aeriană, VI-VIII x Amino-galegina și guanidină, derivați flavonici xxx Galactogog, hipoglicemiant în diabetul incipient, diuretic, vermifug ● Infuzie (1 linguriță la cană, 2 căni/zi), decoct (1 linguriță la cană, 2 căni/zi). **CINEPA CODRULUI** (*Eupatorium cannabinum* L.) fam. Compositae. Plantă ierboasă erectă, cu frunze cu 3-5 foliole asemănătoare cu ale cinepei, inflorescență terminală bogată, roșu carnel ● Partea aeriană, VII-VIII x Substanțe amare, rezine, tenoizi, saponozide xxx Colagog, în afecțiuni biliare, laxativ (în constipații datorită insuficienței hepatice), diuretic, dezinfectant extern (în plăgi și dermatite) ● Infuzie (1/2 linguriță la cană, 2-3 căni/zi), cataplasme sau comprese calde îmbibate cu infuzie de 2-3 ori mai concentrată. **COACĂZ NEGRU** (*Ribes nigrum* L.) fam. Saxifragaceae. Arbust cultivat dar și spontan în păduri montane și subalpine ● Frunze, VI-VII x Tanin, vitamina C, rutozid, săruri de potasiu, ulei volatil xxx Diuretic (inclusiv în edemuri cardiorenale, gută, reumatism), provocind eliminarea acidului uric și purinei; hipotensor cu acțiune marcată, util și în ateroscleroză ● Infuzie (2 lingurițe la cană, 3 căni/zi) între mese, în cure de piră la 6 luni. **COADA CALULUI** (*Equisetum arvense* L.) fam. Equisetaceae. Plantă ierboasă, perenă, 30-70 cm înălțime, cu tulpini sterile verzi-deschise, costate și ramificații verticale, răspîndită în locuri umede, culturi prășitoare, rîpe argiloase, câi ferate; mai ales în zona de deal ● Partea aeriană, VII-IX x Acid silicic (din care 10-20 la sută solubil), saponine, flavonoide, săruri de potasiu, urme de ulei volatil, principii amare, vitamina C xxx Diuretic, reputat (afecțiuni renale, inclusiv infecții urinare), hipotizice, albuminurie, gută; de-clorurant (în boli de inimă), remineralizant (adjuvant în t.b.c., pulmonar), convescențe, anemii, prevenirea cariilor și tendința de unghii fragile, friabile; hemostatic (hemoroizi, dismenoree, hematurie, sîngerări ale mucoasei

nazale, hemoptizii); neutralizant (gastrite acide, ulcer); expectorant; ulcere varicoase, hemoroizi, eczeme; contra transpirații fetide a picioarelor (împreună cu salvia) ● Decoct (1 lingură de plantă la cană, 2 căni/zi), cald înainte de mese; macerat la rece (6-8 ore), cu aceeași proporții; pulbere (un vîrf de cuțit pe zi) ca remineralizant. Pentru uz extern decoct foarte concentrat (100 g la litru). Intră în formula ceaiurilor diuretice 2 și 3 și antireumatic. **COADA RACULUI** (*Potentilla anserina* L.) fam. Rosaceae. Plantă ierboasă cu tulpină orizontală și ramuri ascendente, frunze penat compuse, argintii pe spate, flori galbene pe tip 5, formînd covoaie compacte în sate de deal pe marginea uliilor, șanțurilor și rîurilor ● Partea aeriană, VII-IX x Taninuri, substanțe amare, flavone xxx Antidiareic puternic, calmant al colicilor, antihemoragie (inclusiv în metroragii cu menstruații abundente, neregulate, prelungite); antiliziace în litiază urică, în artrite; cicatrizant (în ulcerări ale pielii, gingivite; leucoree); în cosmetică (tenuri grase, seboreice, cu pori dilatați) ● Infuzie sau decoct (o lingură la cană, 2 căni/zi). Intră în formula ceaiului „Plafar” antidiareic. **COADA SORICELUI** (*Achillea millefolium* L.) fam. Compositae. Plantă ierboasă, cu frunze în divizate și inflorescență terminală bogată, albă ● Inflorescențe, VI-IX x Ulei volatil bogat în azulene, substanțe amare, tanin; colină, vitamina C, ulei gras, rezine xxx Antiseptic similar muștelului în: enterocolite, gastrite, colici stomacale; tonic-aperitiv, stimulent al funcției hepatice, mărind secreția biliară și calmînd colicile hepatice; astringent (în hemoroizi, ulcere varicoase, abcese dentare); calmant, antiinflamator și dezinfectant (arsuri, plăgi purulente, eczeme zemuinde); util în calmarea tenurilor înroșite, iritate ● Infuzie (2 lingurițe la cană, 2-3 căni/zi); băi sau comprese cu infuzie. Intră în formula ceaiurilor gastrice, hepatice, contra colicilor; anticolitice, diuretice 3, laxativ-antihemoroidal, antiastmatic. **CONDURĂȘI, CĂLTUNAȘI** (*Tropaeolum majus* L.) fam. Tropaeolaceae. Plantă ornamentală agățătoare, cu frunze rotunjite și peltate, flori portocalii pîntenate ● Larba, VII-IX x Tropeolinozid care pune în libertate izotiocinat de alil; vitamina C. Diuretic, expectorant și fluidifiant al secreției bronhice, laxativ-purgativ, tonic capilar ● Infuzie (1 linguriță la cană, 2 căni/zi), friețiuni capilare cu tinctură (din 20 g plantă macerată 15 zile cu 100 ml alcool — de preferat în combinație cu urzică). **CORIANDRU** (*Coriandrum sativum* L.) fam. Umbelliferae. Plantă anuală de cultură, frunze inferioare divizate în segmente ovale, cele superioare profund deîntate, flori în umbel compuse albe sau roze, miros, specific, neplăcut ● Fructe (*Fructus Coriandri*), VII-VIII x Ulei volatil (conține linalol, geraniol, pinene) xxx Carminativ în aerofagie, balonări, colici (îndesebi la copii), stomachic, stimulent nervos, vermifug, sedativ al durerilor reumatismale ● Infuzie (1/2 linguriță la cană, 1 cană în cursul zilei) și infuzie concentrată ca vermifug (20 g la 100 ml apă) diminuează pe stomac gol; loțiuni cu infuzie concentrată. Intră în compoziția ceaiurilor gastrice, tonic-aperitiv și contra colicilor pentru copii. **CRETȘOARĂ** (*Alchemilla vulgaris* L.) fam. Rosaceae; plantă erbacee, cu frunze bazale reniforme și deîntate pe margini, lung petiolate, cele tulpinale mici, flori numeroase, mici, fără petale; vegetează în pășuni din zona montană și alpină ● Partea aeriană (Herba Alchemillae), VII-VIII x Tanin, saponine, rezine, acid linolic xxx Calmant în metroragii, antidiareic; diuretic în hidropizii; ușor antidiabetic ● Infuzie (2 lingurițe la cană, 1 cană/zi). **CRETȘCĂ** (*Filipendula ulmaria* L. Maxim) fam. Rosaceae, plantă erbacee (înălț. pînă la 1,50 m), erectă, ramificată la partea superioară; frunze mari împaripenat compuse și flori albe numeroase în corimburi mari; vegetează în locuri umede din păduri montane sau pe malul apelor ● Partea aeriană (Herba Ulmariae), VI-VIII x Derivați salicilici, flavonozide, tanin xxx Antireumatic important, diuretic ● Infuzie (2 lingurițe la cană, 2 căni/zi), băi antireumatice cu infuzie concentrată (40-50 g/l). **CRUȘINUL** (*Rhamnus frangula* L.) fam. Rhamnaceae, arbust 1,3 m înălțime, crește în locuri umede din zona de deal-munte, îndeosebi în Transilvania și nordul Moldovei ● Scoală, III-VI x Derivați antraceni xxx Laxativ pînă la purgativ drastic (în funcție de doză), coleretic-colagog, excitant bîla; indicat în obezitate ● Decoct (1 lingură la cană, se bea seara la culcare); pulbere

(1-3 g/zi). Intră în formula ceaiurilor laxativ, laxativ-anti-hemoroidal, hepatic și a pulberii laxative. **CUSCUTĂ** (*Cuscuta* sp.) fam. Cuscutaceae. Plantă parazită, galbui, care înconjoară plantele parazitare în care trimite hanstori ● Partea aeriană, VI-VIII x Laxativ, colagog (în insuficiență hepatică), carminativ, ușor diuretic, indicat în gută ● Infuzie (o lingură la cană) înainte de mese.

DRACILĂ (*Berberis vulgaris* L.) fam. Berberiaceae, arbust ghimpat, înalt pînă la 3 m, ramuri muchiate și spini trifurcați, frunze cu dinți deși și ascuțiți, flori galbene în ciorchini ● Scoarța rădăcinii, III-V x Alcaloizi de tip izochinolinic (berberina), tanin, acid chelidonic, rezine xxx Colagog cu acțiune puternică; indicat în tulburări ale circulației venoase; sedativ în dureri menstruale ● Decoct (1 1/2 linguriță la cană, 3-4 căni/zi). **DUD** (*Morus* sp.) fam. Moraceae ● Frunze VI-VIII x Tanin, acid folic, arginină, provitamină A xxx Antidiabetic; astringent (în enterite acute) ● Infuzie (2 lingurițe la cană). Intră în formula ceaiului dietetic. **DUMBET** (*Tenerium chamaedrys* L.) fam. Labiatae, plantă de pe coaste pietroase, margini de păduri, cu stoloni subterani, tulpini cu frunze ovale, crenelate pe margini, flori violacee labiate (numai cu buza inferioară) ● Partea aeriană, VI-VIII x Tanin, substanțe amare, ulei volatil xxx Tonic-aperitiv, febrifug, indicat în bronșite cronice, reumatism, gută ● Infuzie (1 1/2 linguriță la cană, 1-2 căni/zi). **DUBRAVNIC** (*Melittis melisophyllum* L.) fam. Labiatae, plantă ierboasă înaltă, cu frunze mari, ovale, ascuțite la vîrf, flori mari purpurii, roz, albe; vegetează în păduri de stejar sau fag ● Frunze, VI-VIII x Cumarină, heterozide, harpagid xxx Diuretic, antispastic și hipnotic; cicatrizant în plăgi și răni greu vindecabile ● Infuzie (1 lingură la cană), 2-3 căni/zi ca hipnotic, o cană seara înainte de culcare; spălături sau comprese cu infuzie concentrată.

FASOLE (*Phaseolus vulgaris* L.) fam. Leguminoase. Teci de la păstăi albe, nepătate x Aminoacizi esențiali (arginina, asparagina, tirozina, triptofan), acid salicilic și fosforic xxx Diuretic (în special în hidropizie), edeme cardiorenale, cistite), calmant al spasmelor; boli cronice ale rinichilor și căilor urinare, litiază ● Depurativ (în acnee, eczeme, erupții); antireumatic, antigotos, antidiabetic; remineralizant (pentru convalescenți); adjuvant în t.b.c. pulmonar ● Decoct (1 lingură la cană, 2-3 căni/zi); macerat la rece (4 linguri la cană), apoi decoctie pînă seacă de jumătate. Intră în compoziția ceaiurilor „Plafar” antireumatic și dietetic. **FECIORICA** (*Herniaria glabra* L.) fam. Coryophyllaceae, plantă ierbacee, mică, cu tulpina culcată, frunzulețe mărunte, dispuse opus, flori verzi, grupate strins la baza frunzelor; crește în locuri nisipoase și pietroase ● Partea aeriană, VII-IX x Saponozide, flavonoide, derivați cumarinici, ulei esențial xxx Diuretic și antitiazic; declorurant (util în albuminurii, edem cardiorenal), contribuie la excreția ureei (în uremii) ● Infuzie (1 linguriță la cană, 3-4 căni/zi). **FENICUL** (*Foeniculum vulgare* Moll.) fam. Umbelliferae, plantă perenă de cultură, foarte asemănătoare cu mărarul dar cu aromă mai dulceagă; cultivată în sudul și vestul țării ● Fructele, VIII-IX x Ulei volatil (cu anetol, pinen, fenconă, limonen, cimen) xxx Carminativ (în balonări, aerofagie); calmant al colicilor (îndeosebi la copii); stomachic și tonic aperitiv; calmant al tusei, chiar și în cea convulsivă și astmatică; expectorant (foarte util în bronșite); galactog în sporierea lactației; tonic-nervin; antiseptic în eczeme și în inflamațiile gîtului (gargară), conjunctivite și alte iritații ale ochiului (sub formă de băi) ● Infuzie (1/2 linguriță la cană pentru adulți și numai 5-6 fructe la 100 ml apă pentru copii la copii). Intră în formula ceaiurilor „Plafar” anticolic, contra colicilor pentru adulți și copii, gastric, pectoral și a pulberii laxativ-purgativă. **FRAGUL** (*Fragaria vesca* L.) fam. Rosaceae ● Frunzele, VI-IX x Tanin, flavone, fragarină (fenol specific), vitamină C, ulei volatil xxx Antidiareic (enterite, colite cu tendințe diareice); diuretic (afecțiuni renale și vezicale); antitiazic; antigotos (datorită eliminării masive de acid uric); antisudorific, indicat în angine (gargarisme) ● Infuzie (1-2 lingurițe la cană, 2 căni/zi); pentru mărirea efectului antidiareic se poate face o scurtă decoctie. Intră în formula ceaiului „Plafar” aromat; datorită aromei plăcute se poate folosi și ca ceai alimentar. **FRASINUL** (*Fraxinus excel-*



Colțunași

Dumbet

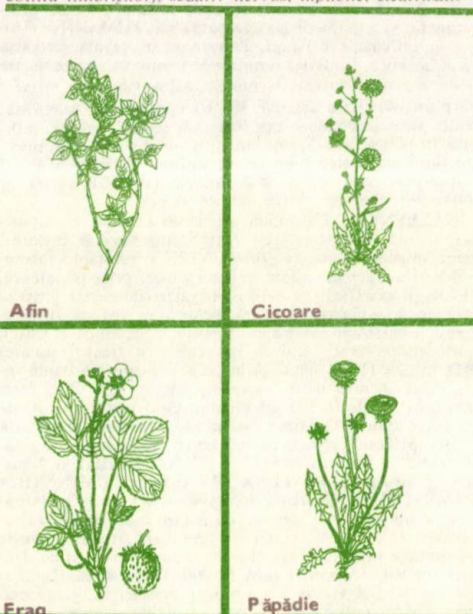
sior L.) fam. Oleaceae, arbore ornamental (în păduri de cîmpie și deal) cu frunze penat compuse și fructe samare simple ● Frunzele, V-VII x Tanin, glicozizi flavonici (rutina) și cumarinici (fraxina), acizi organici, vitamină C xxx Diuretic și depurativ (în reumatism, gută, uremie), ușor laxativ, fără a produce colici ● Infuzie (1 lingură la cană, 2-3 căni/zi). Intră în formula ceaiului „Plafar” anti-reumatic și a pulberii laxativ-purgativă. **FUMARIȚA** (*Fumaria officinalis* L.) fam. Papaveraceae, plantă ierboasă de talie mică, fumurie, ramificată; frunze cu segmente înguste și flori în raceme terminale, asimetrice, roze cu vîrf purpuriu ● Partea aeriană, V-VIII x Alcaloidul fumarină, tanin, substanțe amare xxx Reglează secreția biliară, indicată în litiază biliară, diuretic și depurativ util și în unele afecțiuni cutanate; hipotensor; antiseptic; stimulator al respirației; tonic amar ● Infuzie (1 1/2 linguriță la cană, 2-3 căni pe zi înainte de mese).

GĂLBENELE (*Calendula officinalis* L.) fam. Compositae, plantă ornamentală cu virtuți terapeutice ● Inflorescențe impropriu numite „flori”, VI-IX x Substanțe carotenoide, flavonoide, saponine triterpenice, principii amare, mucilagii xxx Cicatrizant în ulcer gastro-duodenal, gastrite hiperacide; coleretic; reglează ciclurile neregulate și dure-roase; cicatrizant (în plăgi, ulcerări, degerături, eczeme); antitrichomonazic; utilizat în cosmetică (tenuri uscate) ● Infuzie (1 1/2 linguriță la cană, 2-3 căni/zi), băută între mese (pentru ulcer, gastrite); tinctură (din 20 g flori macerate 8 zile în 100 ml alcool), de 3 ori/zi câte 30 de picături; băi, cataplasme cu infuzie sau tinctură diluată 1/10; spălături vaginale cu infuzie în *Trichomonas vaginalis*. Intră în formula ceaiurilor „Plafar” gastric 1 și 2 gastric cicatrizant. **GHINTURA ALBASTRĂ, LUMINĂRIĂ PĂMÎNTULUI** (*Gentiana asclepiadea* L.) fam. Gentianaceae, plantă erbacee, perenă, cu frunze ovale opuse și flori albastre în formă de clopot la subsuocra frunzelor; crește în văioage umede, la margini de păduri, poiene și pe dealuri umbrite, coborînd pînă la 400-500 m ● Rădăcini și rizomi, VIII-X x Principii amare (gentiopirazină, gentiamarina, amarogentină), ulei volatil, alcaloidul gentiamina, tanin xxx tonic amar și stomachic, antihelmintic, coleretic și colagog în colecistite ● Infuzie sau decoct (cu 1/2 linguriță la cană, cite un sfert de cană înainte de mese); tinctură (din 20 g macerate 7-8 zile în 100 ml alcool), cite 5-10 picături înainte de mese — copii, și 10-15 picături, adulți; pulbere (0,2-2 g/zi); sirop tonic (pentru copii). Intră în formula ceaiului tonic-aperitiv. **GUTUIUL** (*Cydonia oblonga* Moll) fam. Rosaceae, Frunze, VI-VIII; semințe, IX x Frunzele conțin tanin; semințele mucilagi xxx Frunzele — astringente în diaree; semințele — emoliente în laringite, antitusive ● Infuzie (cu o lingură de frunze la o cană, 2 căni/zi), macerat (la rece 6-8 ore cu o linguriță de semințe la cană, 2 căni/zi).

HAMEIUL (*Hamulus lupulus* L.) fam. Caunabinaceae, plantă cu frunzele lobate asemănătoare viței de vie, cultivată în centrul Transilvaniei; în floră spontană crește pe lîngă garduri, în tufănișuri, în jurul arborilor, păduri și zăvoaie ● Inflorescențele femele (conuri), VIII-IX x Ulei

volatil (circa 1 la sută), cu sescviterpene esteri valerianici, mircen, geraniol, precum și principii amare (humulona, lupulona), flavonoide xxx Sedativ în stări de nervozitate, hiperexcitabilitate, hipnotic, combate insomnia, afrodisiac, calmant al durerilor menstruale, tonic-aperitiv și stomachic (în anemii, rahitism, lipsa poftei de mâncare), elimină acidul uric (în gută, reumatism), indicat în dischinezie biliară, activează circulația sanguină, combate *Trichomonas vaginalis*; în cosmetică eficient în acnee și seborreea tenului ●● Infuzie (în insomnia, cu 2 linguri la cană, se bea cu 30 minute înainte de culcare); conuri ținute într-un săculeț de tifon pe pernă în dreptul nărilor sînt eficiente în insomnia; infuzia cu o lingură la cană, 2 căni/zi; în celelalte folosiri — infuzie concentrată (2 linguri la 100 ml apă), în spălături vaginale, infuzie (o lingură la cană) în tratamente cosmetice. Intră în formula ceaiurilor „Plafar” calmant și sedativ.

IARBA MARE (*Inula helenium* L.) fam. Compositae. Viguroasă plantă ierboasă, înaltă pînă la 2 m, cu frunze mari, eliptice, înflorescențe antodii mari, galbene, ca floarea-soarelui, crește în locuri umede și umbrite în zona de deal și munte ● Rădăcini, IX-X x Inulină, ulei volatil, substanțe amare, fitonice xxx Expectorant și antitusiv în bronșite cronice; antiseptic general al căilor respiratorii, inhibind dezvoltarea bacilului Koch; diuretic și depurativ în reumatism, gută, boli de piele (eczeme); stomachic, coleretic și colagog în diskinezie; antihelmintic (îndeosebi contra limbricilor); sedativ nervos, hipnotic, cicatrizant în



rări și ulceratii, tonic capilar ●● Decoct (o lingură la cană, băut în cursul unei zile); pulbere (2-10 g în 24 de ore), comprese cu decoct (în rări, spălături capilare). Intră în compoziția ceaiului antibronșic „Plafar”. **IARBA NEAGRĂ** (*Calluna vulgaris* (L.) Hull) fam. Ericaceae, arbust (20-60 cm înălțime) cu patru rânduri de frunze ca țigle pe casă, flori mici roz-purpuri în inflorescențe specifice terminale, vegetând în turbării și pe soluri acide montane ● Ramuri cu frunze, VII-IX x Arbutină, derivați flavonici, ulei volatil, tanin xxx Diuretic și antiseptic al căilor urinare; antilitiazic, util în edeme cardiorenale; coleretic-colagog ●● Infuzie (o lingură la cană, 2 căni/zi). **IEDERA** (*Hedera helix* L.) fam. Araliaceae. Plantă agățătoare sau tritoare, cu frunze palmate ca ale viței de vie, crește în păduri de foioase ● Lăstari tineri cu frunze, I-XII x Saponozide, polifenoli, substanțe estrogenice, acid clorogenic și cafeic xxx Diminuarea spasmelor bronșice

în tuse spastică; analgezic în celulite ●● Tinctură (cu 20 g macerate 10 zile în 100 ml alcool) cite 10-40 picături pe zi în 5 doze; comprese calde cu decoct (din 200 g fierțe 3 ore într-un litru de apă). Atenție: În uz intern nu se vor depăși dozele indicate; în caz contrar poate produce intoxicații. **JENUPAR** (*Juniperus communis* L.) fam. Cupressaceae. Arbust cu frunze aciculare, dispuse în grupuri de cite 3, fructe pseudobace negre-albastrii; răspîndit în zona subalpină x Fructele, X-XII x Ulei volatil (circa 1 la sută) conține pinene, broncol, casufen, cadinen, substanța amară juniperina xxx Diuretic cu acțiune directă asupra parenchimului renal în afecțiuni renale și cistite, litiază urică, edeme cardiorenale, reumatism și gută; tonic stomachic; dezinfectant în colite de fermentație; carminativ; dezinfectant al căilor respiratorii și antitusiv în bronșite acute sau cronice; sudorific și depurativ; ușor antidiabetic; indicat în eczeme, acnee, alte dermatozes ●● Infuzie (1/2 linguriță la cană, care se bea în cursul unei zile); băi antireumatismale sau în dermatozes, cu decoct din 20-30 g la litru care se adaugă la apa de baie; fricțiuni antireumatismale cu oțet din 50 g macerate în 100 ml alcool peste care se toarnă după 2-3 zile 1 litru oțet. Intră în formula ceaiului antireumatic. Atenție: În doze mari iritant pentru căile urinare, putînd duce la hematurie. **INUL** (*Linum usitatissimum* L.) fam. Linaceae x Seminte utilizate ca atare sau sub formă de pulbere; mucilagin x Laxativ neiritant; cataruri gastrointestinale și respiratorii; nefrite, cistite, litiază renală; făina, emolientă în eczeme și maturativă în furuncule, abcese, panariții, cistite ●● Ca laxativ seminte întregi (1-2 linguri între mese sau seara la culcare) sau macerat la rece (6-8 ore, o lingură la cană, 2-3 căni/zi); în cataruri, infuzii (o linguriță la cană la care se poate adăuga suc de lămție); în cistite, băi locale calde cu 2-4 linguri la 1/2 l, apă sau cataplasme (cu pasta din făina creată cu apă caldă). **IPCARIGEA** sau **FLOAREA MIREȘII** (*Gypsophila paniculata* L.) fam. Caryophyllaceae. Plantă erbacee cu tulpini ramificate, frunze opuse lanceolate, flori albe mici, foarte decorative, în inflorescențe foarte laxe; crește spontan în zone nisipoase, însorite ● Rădăcini, VIII-XI x Saponozide, triterpene xxx Expectorant, diuretic, depurativ, util în plagi, eczeme, furuncule; vermifug (contra oxuriilor) ●● Decoct (o linguriță la cană, din care se iau 3-5 linguri/zi); macerat la rece (cu aceleași proporții, băute treptat în cursul unei zile; decoct cu aceleași proporții pentru spălături locale și băi de sezut (în oxiiuri)). **ISOPUL** (*Hyssopus officinalis* L.) fam. Labiatae. Subarbust cultivat care cere multă căldură; crește în sudul țării, cu tulpini ramificate de la bază, frunze lanceolate, lucioase, flori habiate violet de la staminele și stigmatul mult ieșite în afara corolei ● Partea aeriană, VI-X (recoltare de 2-3 ori pe an) x Ulei volatil, flavone, substanțe amare, tanin, xxx Expectorant foarte activ în bronșite, inclusiv în cele cu senzații de sutoare, astm; tonic amar; hipotensor; calculoză renală și biliară; antiseptic și cicatrizant (uz extern) ●● Infuzie cu o linguriță la cană, 2-3 căni/zi; băi sau comprese cu infuzie. Intră în compoziția ceaiurilor antiastmatice, pectorale, sudorifice și a preparatului Baby-plant destinat băilor pentru sugari.

JNEAPĂNUL (*Pinus montana* Mill. ssp. *mughus* Scop. Willk.) fam. Pinaceae. Arbust tritor cu ramuri ascendente, crește în zona alpină ● Mugurii, IV-V x Ulei volatil, tanin, rezine, vitamina C. Emolient și antiinflamator pentru aparatul respirator (în tuse, traheite, traheo-laringite, laringite, bronșite); antiinflamator al căilor urinare (în pielite, cistite, uretrite); adjuvant în calculoza renală. Folosit la băi antireumatismale; antiseptic și cicatrizant în plagi; eficient în calmarea tenurilor înroșite și iritate ●● Infuzie (o linguriță la cană, 2-3 căni/zi); băi antireumatismale cu 1 l de infuzie la 6-8 l de apă; loționări ale tenului cu infuzie. Intră în compoziția ceaiului „Plafar” antibronșic și a aromatizantului pentru băi.

LAPTELE CÎNELUI (*Euphorbia cyparissias* L.) fam. Euphorbiaceae, plantă ierboasă cu tulpina verzui-roșatică, frunze liniare și inflorescențe galbene verzi, care crește în locuri aride ● Partea aeriană, V-VII x Rezine, alcool triterpenici xxx Eficient contra negilor; revulsiv în sciatică, reumatism și bronșită ●● Aplicații directe pe negi, iar ca revulsiv fricțiuni cu planta întreagă. **LEMNUL DULCE** (*Glycyrrhiza glabra* L.) fam. Leguminosae, sub-

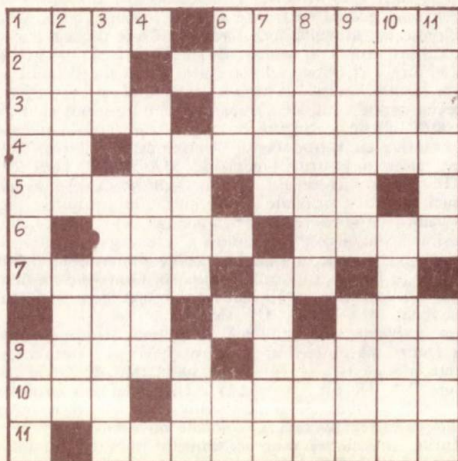
arbut erect cu aspect de tufă (1-1,5 m), frunze imparipenat compuse, înflorescențe alungite cu flori papilionate albastru violet, vegetând sporadic în județele Vrancea, Brăila, Buzău; introdus în cultură în zone nisipoase din sudul țării ● Rădăcini, III-V și IX-XI x Glicirizină, flavonoide, hormon estrogen steroidic, vitamine din grupa B ● Laxativ ușor, antitumoros, diuretic, expectorant și calmant al tusei, cu acțiune estrogenă, stimulând organele și caracterele sexuale secundare. Intră în compoziția ceaiurilor „Plafar” antireumatic, laxativ și a pulberii laxativ-purgativă. **LEMNUL DOMNULUI** (*Artemisia abrotanum* L.) fam. Compositae, subarbut de cultură (înalt până la 1 m), cu un miros aromat de lămiie ● Ramuri cu frunze și înflorescențe x Ulei volatil, tanin, substanțe alcaloizice ● Tonic stomacal, emenagog, eficient în ulceratii și edeme ● Infuzie (o linguriță la cană, se bea în cursul unei zile) și loțiuni cu infuzie. **LEURDĂ sau USTUROIȚĂ** (*Allium ursinum* L.) fam. Liliaceae, plantă ierboasă cu două frunze ovale, înflorescență albă terminală, miros puternic, asemănător usturoiului; crește în păduri umede cu sol gras ● Partea aeriană, V-VII x Ulei volatil cu sulfuri de alil ● Hipotensor (indirect și în arteroscleroză); indicat în catar intestinal, colite de fermentație; carminativ și vermifug (îndosebi contra teniei), depurativ și diuretic, cu eliminare de acid uric (inclusiv în gută) ● Infuzie (1 1/2 lingurițe la cană, 2 căni/zi). **LEVĂNTICA** (*Lavandula angustifolia* Mill.) fam. Labiatae, semiarbut de cultură, tufos, cu înflorescențe spiciforme, zonat în locuri însorite, îndeosebi în sudul țării ● Flori, VI-VII x Ulei volatil (cu circa 50 la sută acetat de linalil), tanin, principiu amar ● Sedativ (în hiperexcitabilitate, migrene, afecțiuni cardiace cu substrat nervos); diuretic în afecțiuni renale și reumatism (atenuând și durerile); coleletic în dischinezie biliară; febrifug în răceală, gripă; antispasmodic în tuse cu accese prelungite (astm, gripă); eficient sub formă de fricțiuni și băi sedative, antiseptice, cicatrizant ● Infuzie (o linguriță la cană, 3-4 căni/zi); băi cu infuzie (20-30 g plantă/l); fricțiuni cu 30-40 g plantă macerată 7 zile în 1 litru oțet aromat. Intră în formula aromatizantului pentru băi și a produselor cosmetice Floriten 1 și 2. **LICHENUL DE PIATRĂ** (*Cetraria islandica* (L.) Ach.) fam. Parmeliaceae, lichen cu talul în formă de mică tufă, cu lobi divizați în două și răscuțiți, brun-verzi pe fața superioară, mai deschiși pe cea inferioară; vegetează pe platourile din zona alpină ● Talul, IV-XI x Principii amare, mucilagii, zaharuri ● Tonic aperitiv și stomacal; indicat în catar intestinal; emolient și antitusiv (în bronșite, laringite, traheite); antimotiv (la gravide, în migrene, rău de mare, greață după anestezie); febrifug ● Decoct (o linguriță la cană, la care se adaugă un vîrf de cuțit de bicarbonat, se bea rece, în înghițituri mici pentru vomă, și cald pentru celelalte recomandări); tinctură (cu 20 g la 100 ml alcool, timp de 8 zile, din care se iau 30-50 picături/zi). **LILIACUL** (*Syringea vulgaris* L.), fam. Oleaceae ● Frunze și flori, V-VII x Glicozidul siringină, manila, siringopiripină, invertină ● Stări congestive ale ficatului suprasolicitat; tonic aperitiv; fricțiuni antireumatismale ● Infuzie (6-7 frunze la cană, 2 căni/zi); ulei pentru fricțiuni (din 150 g flori macerate 30 de zile într-un litru de ulei); aplicații de frunze proaspete pe răni. **LINARIȚĂ** (*Linaria vulgaris* Mill.) fam. Scrophulariaceae, plantă ierboasă, neramificată, cu frunze înguste, flori galbene asemănătoare cu cele de gura-leului; vegetează în locuri necultivate, pe marginea drumurilor și căilor ferate ● Partea aeriană, VI-IX x Flavonoide, flavonoglicozide, alcaloizi, acizi organici, diuretic, laxativ, sudorific, antihemoroidal (extern) ● Infuzie (o linguriță la cană, 2 căni/zi); băi locale cu infuzie concentrată (2-3 linguri la cană). **LUMINĂRIȘĂ** (*Verbascum* sp.) fam. Scrophulariaceae, plantă ierboasă erectă (înaltă până la 2 m), cu frunze eliptice mari și păroase, flori galbene în înflorescențe terminale, lungi. Vegetează în locuri puternic însorite, necultivate, uscate, la marginea drumurilor și căilor ferate x Flori, VII-IX x Saponine, mucilagii ● Emolient și expectorant îndeosebi în laringite, traheite, bronșite, emolient în cataruri intestinale, hemoroizi (intern și extern), furunculoze ● Infuzie (o linguriță la cană, care se consumă în cursul unei zile).

MAC ROSU DE CIMP (*Papaver rhoeas* L.) fam. Papa-

veraceae ● Petale, VI—VII x Mucilagii, alcaloizi, antocianozide ● Emolient și antitusiv (în bronșite, răceală, gripă, răgușeală), calmant și ușor narcotic (mai ales în insomniile copiilor și vîrstnicilor), eficient în decongestionarea pleoapelor inflamate și în dureri de gît ● Infuzie (o linguriță la cană, care se bea caldă, în cursul unei zile); cataplasme cu infuzie caldă pe pleoape; gargare cu infuzie. **MĂCEȘ** (*Rosa canina* L.) fam. Rosaceae ● Fructele, VI—II—X x Complex vitaminic (C, A, B1, B2, P, K, PP, E), acizi organici, pectine, tanin, flavonoizi, carotenoide ● Tonic vitaminizant; eficient în normalizarea circulației periferice; catar intestinal și colită; hepatoprotector; diuretic (inclusiv în eliminarea calculilor); vermifug (îndosebi contra teniei) ● Infuzie sau decoct scurt (circa 5 minute) cu 2 linguri la 1/2 l apă, cantitate care se bea în cursul unei zile. **MĂCRÎȘ** (*Rumex acetosa* L.) fam. Polygonaceae, plantă cu trunze alungite, dispuse în rozetă și înflorescențe alungite verzi, crește în fînețe de deal dar și în culturi pentru uz culinar ● Partea aeriană, V—VII ● Acizi organici, glucozizi flavonici, tanin ● Diuretic și ușor laxativ; indicat în hepatite cronice și ca vermifug (în special contra limbricilor), maturativ în furuncule și abcese ● Infuzie (o lingură la cană, 2 căni/zi); cataplasme maturative cu frunze fierți. Contraindicat în litiaze oxalice, ulcer și gastrite hiperacide. **MĂCRÎȘUL IEPURELUI** (*Oxalis acetosella* L.), fam. Oxalidaceae, plantă măruntă cu frunze trifoliolate și flori mici, albe pe tip 5, crește în păduri de conifere ● Partea aeriană, VI—VIII x Compuși ai acidului oxalic, vitamina C, mucilagii, pectine, enzime ● Diuretic, antidiuretic, colite de fermentație ● Infuzie (o linguriță la cană, 2 căni/zi). Contraindicat în litiaze oxalice; în cantități mai mari, iritant al parenchimului renal. **MĂGHIRANUL** (*Majorana hortensis* Mnch.) fam. Labiatae, specie anuală de cultură; partea aeriană, cu frunze mărunte, flori foarte mici, grupate în înflorescențe globuloase; se cultivă în sudul țării ● Partea aeriană, VI—IX (în 2 recoltări) x Ulei volatil cu terpeni, terpineol, carvacrol, tonic-aperitiv, calmant al colicilor stomacale, sedativ nervos (combate insomniile, migrenele, ticurile, anxietatea), diuretic, calmant în dureri reumatismale, sciatică ● Infuzie (2 lingurițe la cană, 2 căni/zi între mese); în caz de insomnie una înainte de culcare; fricțiuni antireumatismale (cu ulei preparat din plantă fiartă timp de 1 oră în baie de apă în 500 ml ulei); inhalății cu infuzie caldă în guturai. **MĂTĂCIUNE** (*Dracocephalum moldavica* L.) fam. Labiatae, plantă anuală de cultură cu miros plăcut de lămiie, ramificată, cu frunze alungite și dințate, flori albastre violacee la subsuara frunzelor dinspre vârful ramurilor. Cultivată în locuri însorite din sudul țării ● Partea aeriană, VII—IX x Ulei volatil cu citral, acetat de geranil, substanțe amare, tanin, acid cafeic ● Antispastic în colici, carminativ, coleletic și colagog în dischinezii biliare; stimulent al digestiei ● Infuzie (o linguriță la cană, 1—2 ceaiuri/zi, după mesele principale). Intră în compoziția ceaiului „Plafar” gastric calmant. **MERISORUL** (*Vaccinium vitis-idaea* L.) fam. Ericaceae, semiarbut din zona alpină, frunze lucioase, cu marginea ușor răsfrîntă în jos, flori roșii-violacee ● Frunzele, VIII—IX x Arbutină, hidrochinonă, flavonoizi, tanin ● Diuretic (util în gută; reumatism); antilitiazic și puternic antiseptic al căilor urinare ● Decoție scurtă (5—10 minute) cu 1 1/2 lingurițe la cană, 2 căni/zi. Intră în formula ceaiului „Plafar” diuretic nr. 2. **MESTEACĂNUL** (*Betula verrucosa* Ehrh.) fam. Betulaceae ● Frunzele, V—VIII x Saponine, substanțe amare, mucilagii, tanin, ulei volatil, betulină (glicozid flavonic), alantoidă, acid cafeic ● Diuretic puternic (cu eliminare masivă de acid uric și colesterol); util în toate afecțiunile renale (inclusiv litiaza), edeme cardiorenale, gută, reumatism, artroză; indicat în stări de azotemie (uremie) și hipercolesterolemie; tonic capilar eficient în iritații cutanate ● Infuzie (1—2 lingurițe la cană) la care se adaugă la răcire un vîrf de cuțit de bicarbonat de sodiu; se beau după 6 ore, câte 2—3 căni/zi; infuzie mai concentrată (2—3 linguri la cană) în uz extern. Intră în formula ceaiurilor „Plafar” antireumatic și diuretic nr. 2. **MURUL** (*Rubus fruticosus* L.) fam. Rosaceae ● Frunzele, VI—VIII x Tanin, flavone, acizi organici ● Antidiuretic în gastroenterite, colite; antihemoragic, inclusiv în hematurii. În uz extern în

hemoroizi, fisuri anale, leucoree, inflamații ale gâtului și cavitații bucale ●● Pentru uz intern infuzie (1—2 lingurițe la cană, 3 căni/zi); uz extern, infuzie concentrată (2—3 linguri la cană), pentru cataplasme antihemoroidale, irigații (în leucoree) și gargară (cu puțină miere). **MUȘTARUL ALB** (*Sinapis alba* L.) fam. Cruciferae ● Semintele, VII—VIII x Mucilagii, glicozidul sinalbină, fermentul mirozină, ulei gastric xxx Laxativ, tonic stomachic, stimulent al secreției pancreatice ●● Semintele se iau ca atare, începând cu o linguriță piră la o lingură pe zi, cu puțină apă sau lapte, în cure de 7—10 zile, care se pot relua după alte 10 zile. **MUȘTARUL NEGRU** (*Brassica nigra* L.,

Koch sin. *Sinapis nigra* L.) fam. Cruciferae ● Făină din seminte x Glicozidul sinigrină, fermentul mirozină, ulei gras xxx În uz extern: bronșite, pneumonii, angină pectorală, inflamații articulare reumatice ●● Băi locale (cu 25—30 g făină de muștar peste care se toarnă 2—3 l apă caldă) și generale (cu 250 g făină de muștar, într-un săculeț de tifon care se agită în apa de baie); cataplasme (în bronșite și pneumonii) cu o pastă din făină de muștar cu apă caldă, pusă între două cîrpe curate. Contraindicată celor cu varice sau diverse afecțiuni cutanate; la persoanele sensibile făina de muștar pentru cataplasme se amestecă cu făină de în.



FITOTERAPIE

ORIZONTAL: 1) Plantă medicinală — Copac cu esență tare ale cărei frunze sînt folosite ca leac. 2) Struț australian — Plantă medicinală cu draci. 3) Se calmează cu ceai de tei — Se poate recîștiga cu ceaiuri din plante medicinale. 4) Așa face lupul... — Plantă de leac, blîndă și iubită. 5) Fructe cu acțiune laxativă — Latitudine (abr.). 6) Ion cel mic — Se zice că unii ar avea altea degete. 7) Dacă nu te ții bine liniile ies strîmbe — Plus... 8) A merge la munte — Aprobat — O parte de cercel 9) Era să fie MORIAC, dar i-au tăiat piciorul! — Limită. 10) În baie! — Plantă de leac. 11) Plantă medicinală indicată în coleustopatii.

VERTICAL: 1) Plantă de leac cu păr...! — Fruct de cînd e omul. 2) Arbore fructifer apreciat de urși, dar... și de bolnavi — Fructa unui renumit moralist de demult. 3) Frunzele lui, folosite în infuzii, au acțiune antidiareică — Plantă medicinală de fel din Transilvania. 4) Un fel de fasole aromată din țările calde (pl.). 5) Categorie — Fiul lui Poseidon. 6) Fruct de pădure, frate vitreg cu căpsuna — Se aprobă. 7) Rechemare la vaccin — Cărmădă ce nu mai arde. 8) Nu se schimbă — Te cheamă și așa. 9) Sită mică — A face un lucru bun. 10) Început cam ilicit... — Copac din coaja căruia se face un leac bun contra infecțiilor respiratorii. 11) Se leagă de locul nașterii (fem. pl.) — L.N.

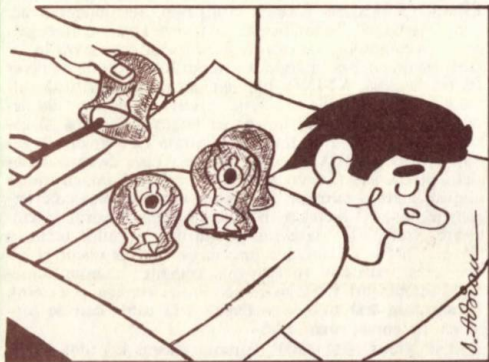
Leon LUPAN

RETROTERAPIE

● **AVEAU DREPTATE BUNICILE?**
● **VENTUZELE — DE 2000 DE ANI ÎN „FARMACIA CASEI”** ● **FRIGUL VINDECĂTOR** ● **VALENȚELE TERAPeutice ale căldurii** ● **EFICIENȚA MEREU FAVORABILĂ A VEHII CATAPLASME**

Cunoscute din cele mai vechi timpuri, anumite proceduri, cum ar fi ventuzele, masajul, cataplasmele, împachetările uscate sau umede, băile calde sau reci reprezintă un arsenal terapeutic ieftin, eficient și la îndemina oricui.

VENTUZELE: Folosite încă pe vremea grecilor și a romanilor, își mențin valoarea terapeutică pînă astăzi datorită faptului că au asupra organismului o acțiune complexă. Prin presiunea negativă datorită vidului, vasele capilare ale dermului sînt rupte și singele extravazat (trecut din venele sanguine în teritoriile înconjurătoare) formează o pată echimotică, care persistă 6—10 zile. Echimoza trece prin fazele ei caracteristice (de la o culoare vinăță-albastră-verzuie la galbenă) dispărînd fără a lăsa urme. Singele se resoarbe avînd asupra organismului același efect ca și autohemoterapia (auto = propriu, hemoterapie = tratamentul unei boli prin injectare de singe). Cu alte cuvinte, un prim efect al ventuzelor este realizat prin autohemoterapie. Particularitatea că această acțiune se realizează în derm, care este punctul de plecare al unor



reflexe cutaneo-viscerale pe metamerul respirativ (metamer = unul din seria liniară de segmente, mai mult sau mai puțin similare, ale corpului). Respirația metamerică este de mult timp cunoscută. Aplicarea ventuzelor și hemoragia dermică ce rezultă declanșează un reflex invers de metamerie cutaneo-viscerală, care se traduce asupra organului respectiv printr-o acțiune descongectivă, vasoconstrictoare. De aici indicația de a se folosi ventuzele în procesele congestive pulmonare și pleurale. A doua consecință: ventuzele trebuie aplicate în regiunea metamerei respective. Mai mult, singele extravazat eliberează în timpul resorbției sale acizi aminați (în special histamină), care pot fi simulați pentru reflexe scurte de axon. Acțiunea analgetică este datorată insensibilizării parțiale a dermului: ea se comportă și are pînă la un punct aceeași valoare ca și anestezia dermului în durerile viscerale.

Mai greu de interpretat sînt fenomenele vasomotorii în organul corespunzător regiunii unde se aplică ventuzele. Observația arată efecte bune asupra tulburărilor vasomotorii în plămîn, datorită faptului că ventuzele produc excitația terminațiilor nervoase din piele, care sînt punctul de plecare al unor reflexe centrale.

Ventuzele sînt indicate în toate stările gripale însoțite de curbură, în congestii pleurale și nevralgii pleurale, pentru a combate durerea, junghiul și nevralgiile intercostale, precum și cu scop decongestiv.

Pentru a aplica tratamentul avem nevoie de 16—20 de ventuze (păhărele de sticlă destul de groasă, în formă de clopot și cu marginile netede și groase, pentru a nu pătrunde în piele), de un tampon de vată montat pe un port-tampon de lemn sau de metal și de alcool. Bolnavul este culcat cu fața în jos, cu mîinile în lungul corpului, i se fricționează ușor pielea cu mîna uscată, cîteva minute, pentru a mări vascularizația cutanată, iar apoi se unge pielea cu un strat subțire de vaselină, ceea ce permite o mai bună fixare a ventuzelor. Se înmoaie tamponul de vată în alcool, se stoarce bine și i se dă foc. Avînd cutia cu ventuze la îndemînă, se introduce în fiecare ventuză tamponul aprins timp de 2-3 secunde și se aplică imediat ventuza pe piele. Datorită vidului care se formează în ventuză, tegumentele sînt supte în interior. Metoda de a se trece alcool dintr-o ventuză în alta este periculoasă, expunînd la arsuri. Ventuzele se mențin 10-15 minute. Scoaterea lor se face inclînînd fiecare ventuză într-o parte, iar cu degetul apăsîndu-se tegumentele; aerul pătrunde înăuntru și ventuza se scoate ușor. După ce s-au scos toate, se fricționează bine pielea cu alcool. Ventuzele se aplică în regiunea suprapinoasă, spațiul omovertebral și baza toracelui, subclavicular, pe fața anterioară și laterală a toracelui. Se evită regiunea scapulară și coloana vertebrală.

REVULSIA PRIN FRIG (CRIOTERAPIA) se poate face prin frig uscat (pungă cu gheață sau cu clorură de etil) sau prin frig umed (loțiuni sau băi reci).

Frigul aplicat local produce patru efecte mai însemnate, pe care se sprijină crioterapia: are acțiune analgetică; scade metabolismul local în timp ce crește metabolismul general al organismului; produce vasoconstricția prelungită în organele așezate în profunzime; crește leucocitoza (local și general).

PUNGA DE GHEAȚĂ este realizată din cau-

ciuc, bine închisă cu un capac metalic (punga care pierde apă trebuie înlăturată) și se umple cu bucățile de gheață. Frigul uscat este bine tolerat, pe cînd frigul umed, la aceeași temperatură pe care o dă punga de gheață (1-2 grade), produce degerături. Chiar o pungă de bună calitate, aplicată direct pe piele, poate produce degerături, aceasta din cauză că vaporii de apă din atmosferă se condensează pe pungă și o umezesc. Pentru a înlătura acest neajuns, trebuie învelită într-un șervet uscat. Punga cu gheață se ține continuu zi și noapte (la fiecare trei ore se face o oră pauză) și este indicată în toate procesele inflamatorii acute: flegmon apendicular, anexită, colecistită acută, hemoroi și în unele stări congestive, de exemplu congestie cerebrală prin insolatie. De asemenea, este folosită cu succes în unele forme de miocardită acută. Frigul a căpătat în ultimul timp o mare întrebuintare ca anesthetic datorită însușirii pe care o are de a scădea conductibilitatea nervilor periferici. Acțiunea analgetică și cea de scădere a metabolismului local și general face ca frigul uscat să fie indicat în infecții; el întîrzie apariția gangrenei. Chiar infecțiile grave tratate prin frig au o evoluție mai înecată. Sînt autori care îl recomandă și în tratamentul arsurilor întinse.

Frigul umed se aplică sub formă de loțiuni sau băi reci.

LOȚIUNILE produc o răcorire a bolnavului prin evaporarea unor substanțe care se răspîdesc pe suprafața corpului. Se folosesc cu acest scop alcoolul, uleiul aromatic etc. Se toarnă în mină substanța care se evaporează și se împrășteie pe corpul bolnavului, fără a face fricțiunea propriu-zisă. Bolnavul se învelește bine mai înainte de a se fi evaporat toată substanța. Loțiunea se folosește în caz de febră; după aplicarea ei, bolnavul se liniștește și, de obicei, adoarme.

BĂILE RECI se fac cu apă simplă (la temperatura de la +10 grade C la +15 grade C) în care se topește bucățele de gheață. La început bolnavul are o senzație neplăcută, dar după 5—6 minute se obișnuiește și durerile locale încetează. Are loc în același timp și o acțiune hemostatică. Băile reci se pot repeta de două ori pe zi; se folosesc de obicei în tratamentul crizei hemoroidale și se fac sub forma unor băi locale și de șezut. Durerile cedează după 5—6 minute. Hemoragia hemoroidală se oprește după prima baie rece.

Cu toată critica ce li s-a adus, băile reci sînt o bună metodă și pentru calmarea durerilor provocate de arsură. Prin introducerea mîinii sau piciorului cu arsuri într-o baie rece între +10 și +15 grade C durerea încetează imediat.

REVULSIA PRIN CĂLDURĂ se obține prin căldură uscată (termofor, băi de lumină) și prin căldură umedă (băi calde, cataplasme). Influența căldurii asupra organismului se exteriorizează prin vasodilatația activă, acțiunea liniștitoare asupra contracțiilor musculaturii netede, activarea proceselor fermentative și eliberarea de substanțe histaminice.

TERMOFORUL este o pungă de cauciuc sau o sticlă, astupate cu un dop din cauciuc sau din plastic, care se umple cu apă caldă. Se cunosc mai multe varietăți de termofor. Pentru a avea efect, apa din termofor trebuie să aibă 70—80 de grade C, adică o temperatură suficientă să producă o vasodilatație activă. Tratamentul își atinge scopul cînd pielea se înroșește. Termoforul se învelește

într-o cîrpă uscată și se așază pe regiunea dureroasă. Se menține toată ziua cu o pauză de 3—4 ore. Această metodă este indicată în toate colicile dureroase (hepatică, renală, intestinală). Pentru colica hepatică, termoforul se aplică în partea dreaptă, sub coaste; pentru colica renală, pe șale pe partea dureroasă; pentru crampe intestinale, de-a curmezișul pîntecului, în dreptul ombilicului, fiind indicat în nevralgii și chiar în tratamentul ulcerului gastric.

Căldura umedă se aplică de obicei sub formă de băi calde sau cataplasme. Băile calde se fac cu apă fierbinte (42 de grade C). Pentru a menține temperatura se poate adăuga sare de bucătărie. Durata unei băi calde este de 20 de minute; se fac cel puțin două pe zi.

BĂILE CALDE combat inflamația și durerea. Profitînd de acest efect, în rigidități articulare, contuzii, entorse și în inflamații cronice se recomandă bolnavului să facă mișcări în cadă. În inflamații, pe lingă efectul sedativ, produc o vasodilatație activă, ceea ce favorizează procesul de cicatrizare. Aceste băi sînt indicate și în tratamentul plăgilor infectate, în ulcere cronice, edeme posttraumatice. Pentru a-și atinge scopul, apa trebuie să depășească cu mult suprafața bolnavă. De exemplu, pentru infecțiile mîinii trebuie să fie cufundat tot antebrațul. Se obișnuiește în aceste cazuri ca în baia fierbinte să fie introdusă și o substanță antiseptică. În acest scop se folosește hipermanganat de potasiu (1/4 000), septovag, infuzie de mușetel. După terminarea băii, segmentul de membru trebuie menținut într-o învelitoare caldă. Pentru inflamațiile uretroanexiale și ale prostatei sînt indicate băile de șezut; acestea se fac într-o baie specială sau în lighean. În baie se pune apă fierbinte la care se adaugă sare de bucătărie (o lingură pentru 1 litru de apă) sau 120—130 g făină de muștar la aceeași cantitate de apă. Baia durează 15—20 de minute și se încropește cu apă fierbinte pentru a o menține tot timpul la temperatura de 42 de grade C. Baia de șezut se face seara și după aceasta bolnavul trebuie să se culce.

CATAPLASMA este o formă a terapiei prin căldură umedă. Ea se prepară astfel: se fierbe în apă făină de in (în lipsa ei se poate folosi mălai), se amestecă și se adaugă continuu făină, ca pentru a prepara o mămăligă prăjită. Cînd s-a obținut o pastă destul de groasă, se întinde pe o pînză care se împăturește ca foile unei plăcinte. Astfel pregătută, după ce s-a răcit suficient ca să nu producă arsuri, se aplică pe regiunea dureroasă și se acoperă cu pînze uscate. Cataplasma se menține 30—40 de minute și are aceleași efecte ca ale băilor fierbinți, cu deosebirea că se aplică pe acele regiuni (abdomen, torace) unde nu se pot efectua băi parțiale. Cataplasma de muștar determină o congestie activă a pielii prin iritația pe care o produce asupra terminațiilor nervoase din dermă. În mod reflex modifică circulația în organele așezate în profunzimea regiunii unde s-a aplicat.

Se folosesc mai multe feluri de muștar, cel mai activ fiind muștarul negru (*Sinapis nigra*) și se poate aplica sub formă de cataplasma sau de baie. Făina de muștar conține mirozină și acid mironic și se prepară numai cu apă caldă. Pentru a obține un muștar activ, se va prepara numai din făină proaspătă. Pentru a-și menține însușirile, făina de muștar trebuie păstrată în cutii închise, la

loc uscat.

Cataplasma de muștar se prepară din 500 g de făină de muștar în apă caldă. Se întinde pe o pînză și se aplică pe locul bolnav. Se pot pregăti cataplasme și dintr-un amestec de făină de in și de muștar. Cea făcută numai din făină de muștar este deosebit de activă, iar cea din amestec de făină de in și muștar are o acțiune mai înecată și pentru aceasta este indicată în special la copii.

Baia de muștar este în realitate o baie caldă de 42 de grade C în care s-au introdus 100—150 g de muștar. Este foarte activă și nu trebuie prelungită mai mult de 15 minute. Băile de muștar se aplică la picioare sau la șezut.

Indicațiile terapiei cu muștar se rezumă la tratarea nevralgiilor și a reacțiilor inflamatorii, în pleurite, junghi intercostal, stări gripale etc. Aplicat în exces muștarul poate determina apariția veziculiilor; în acest caz regiunea va fi purtată cu talc și acoperită cu un pansament uscat.

Dr. Mioara MINCU

O teorie milenară ACUPUNCTURA

Este incontestabil că ultimii 20—25 de ani au reprezentat pentru acupunctură, atît în țările de origine — China, Coreea, Japonia, Vietnam — cît și în întreaga lume, inclusiv în țara noastră, un progres real și eficient atît în explicarea științifică modernă a modului de acțiune al acupuncturii cît și a evaluării mai precise a posibilităților sale de aplicare.

Cu toate acestea, încercările de obiectivizare a fenomenului mai prezintă încă numeroase necunoscute legate nu numai de mecanismele intime ale substratului acupuncturii, ci și de cîmpul vast al diagnosticului unde există suficiente corelații între teoria tradițională, în general greu asimilată, și medicina modernă europeană.

Ce posibilități de diagnostic, prognostic și în ultimă instanță de eficiență are un medic care practică acupunctura în ambulator? Care sînt posibilitățile și limitele acestei practici? Este clar că atît posibilitățile cît și limitele tîin de mai mulți factori, între care omul bolnav, medicul care tratează, relația medic-pacient. Nu trebuie confundate posibilitățile cu limitele acupuncturii, mai ales în ambulator, cu indicațiile și contraindicațiile acupuncturii, deși cele două noțiuni se suprapun pînă la un punct. De exemplu, o anestezie pentru o intervenție chirurgicală constituie o limită pentru terapia în ambulator, dar nu reprezintă o contraindicație: este dificil să tratezi un diabet prin acupunctură (deși s-au demonstrat rezultate certe), deoarece nici pacientul și nici medicul nu au pur și simplu timpul necesar — ambii ar deveni dependenți unul de celălalt; practic, în acest caz, terapia medicamentoasă este mai simplă și mai uzuală.

A TRĂI ÎN EXIL



Abordînd problematica de sănătate a emigranților, revista „Santé du Monde”, editată de Organizația Mondială a Sănătății, a publicat un articol sub semnătura lui Need Willard, atașat de presă pe lângă Divizia de informații a O.M.S. la Geneva. Autorul, cunoscînd drama emigranților din Europa de vest, pledează pentru ca acești „copii ai nimănui”, care îndeplinesc muncile cele mai înjositoare, stingîndu-se în ostilitate și mizerie, să fie priviți cu mai multă omenie și ajutați să trăiască o viață umană. Vi-l prezentăm.

«Dacă înseamnă cu adevărat ceva, sănătatea înseamnă „a te simți bine”. Dar cum poți încerca acest sentiment de bine atunci cînd trăiești într-o baracă, departe de familia ta, alături de alți oameni singuri, care abia vorbesc limba țării în care se află, sau chiar, adesea, nu o înțeleg, care mănîncă o mâncare străină și suportă rigorile unui climat rece și cenușiu?

Un sentiment de tristețe, de singurătate, o amenințare vagă, dar permanentă, o stare de rău se instaurează puțin cîte puțin și devine starea de a fi a acestor milioane de muncitori quasi-invizibili: muncitorii emigranți.

Iată pentru ce problemele lor de sănătate sînt diferite de cele ale populației autohtone, chiar în cazul în care condițiile de muncă ar fi aceleași pentru toți.

Sentimentul respingerii se poate naște chiar înainte ca emigrantul să fi sosit. Examenale medicale făcute adesea fără menajamente, sînt traumatizante; emigrantul știe că lasă în urma lui soția (doar puține femei emigrează), copiii, limba și cultura sa. Și chiar dacă se simte în stare să-și pără-

Una dintre limitele acupuncturii o constituie și receptivitatea subiectului la această terapie. Oricum, este clar pentru oricine a practicat acupunctura că există indivizi receptivi și indivizi nereceptivi la acupunctură. Expresia receptivității este o senzație specifică de fulgerătură, amorțeală iradiată în sens craniocaudal sau sub forma unor cercuri concentrice. Prezența fenomenelor vegetative sugerează de cele mai multe ori o bună receptivitate (vertij ușor, transpirație uneori abundentă).

Acupunctura fiind o terapie de reechilibrare energetică, este clar că afecțiunile în stadiu funcțional sau cu leziuni organice reversibile răspund cel mai bine.

Dintre afecțiunile circulatorii beneficiază de tratament ambulator prin acupunctură tulburările de ritm, hipertensiunea și hipotensiunea arterială, anemiile care nu sînt în cadrul unei boli de sistem, sindromele de ischemie periferică și cele vasomotorii, ateroscleroza.

Dintre afecțiunile respiratorii, în afara unor mari urgențe (pleurezii, pleuropneumonii etc.), mai ales la vîrstele înaintate sau pe fond tarat, se poate trata majoritatea sindroamelor infecțioase sau spastice (angine, traheite, bronșite, bronșite cu elemente spastice etc.). Acupunctura este aplicată și în cazul afecțiunilor digestive (gastrite, duodenite, dischinezii, diaree, constipație, sindroame dispeptice cronice; hepatite cronice cu evoluție benignă, colecistopatii), precum și în afecțiuni renourinare (colică nefritică, infecții urinare acute). Rezultate s-au obținut și în domeniul sexualității prin tratamentul impotenței — ejaculării precoc, a spermatoriei și frigidității.

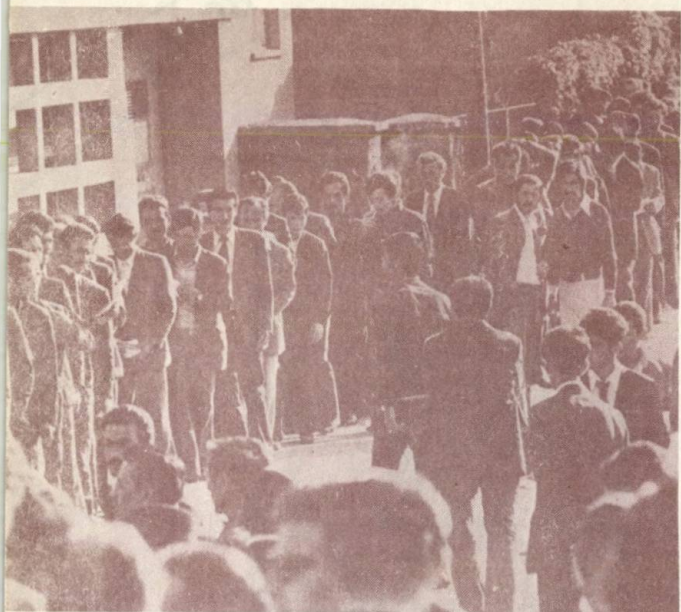
Există documente care atestă că din cele mai vechi timpuri acupunctura a fost folosită în combaterea afecțiunilor O.R.L.: rinite alergice, sinuzite, hipoacuzii, unele surdități cîștigate. Rezultate bune se obțin însă și în cazul afecțiunilor dermatologice — abcese, veruci, transpirație, eczeme, prurit, urticarie.

Prin metodele specifice, medicul acupunctur poate interveni și în evoluția unor afecțiuni ale sistemului nervos: tulburări psihice minore (emotivitate, anxietate, insomnie, vertij, irascibilitate), dar terapia de elecție este pentru migrenă și majoritatea algiiilor craniene în nevralgii și algii diverse, de la nevralgia de trigemen și nevralgia facială pînă la sciatalgia. Așa se explică și interesul pentru aplicarea acupuncturii în tratarea afecțiunilor reumatice — în afara celor cu etiopatogenie infectoalergică cu probe biologice de evolutivitate crescută, a artrozelor, periartrozelor, bursitelor, tendinitelor, miozitelor etc.

O referință specială trebuie să facem asupra posibilității efectuării anesteziei prin acupunctură în ambulator. Ea se referă mai ales la anestezia dentară.

Este clar deci că extrem de numeroase afecțiuni se înscriu în aria celor care beneficiază de aportul acupuncturii. Să nu uităm însă că aplicarea din punct de vedere profilactic a acupuncturii îi lărgeste extrem de mult posibilitățile.

Dr. Valentin GHERMAN



sească țara, chiar dacă dorește aceasta, scara sa de valori este rapid zguduită.

Puțini emigranți pleacă bucușori de acasă, cei mai mulți pleacă pentru că sînt nevoiți. Lipsa de locuri de muncă, absența perspectivei și nevoia urgentă de a ajuta și susține alți membri ai familiei, toate acestea îi împing să plece. Unii își imaginează țara unde se duc ca o zi frumoasă; ei vor fi primii deziluzionați, suferind o mare decepție, care le va provoca un șoc. Și vor merge, dealtfel, din șoc în șoc. Pentru început vor trebui să susțină un nou examen medical, cu teama de a nu fi admiși. Vor trebui să facă cunoștință cu locul unde vor munci și vor trăi cel puțin un an, loc ce li se va părea străin. Adesea, emigrantul va încerca să-și mențină echilibrul apropiindu-se de compatrioți stabiliți în acea țară, dar va trebui să facă față unui mediu total străin.

Cum să muncească, cum să-și procure strictul necesar, cum să-și găsească un drum, dacă nu știe limba acestei țări? Această experiență nu poate fi decât traumatizantă chiar dacă unele țări încearcă să-i ajute prin organizarea unor cursuri intensive pentru învățarea limbii respective. Legătura dintre limbă și sănătate poate că nu apare evidentă la prima vedere, dar trebuie să amintim că muncitorul emigrant va fi adesea chemat să efectueze munci penibile și periculoase, să utilizeze mașini puternice, a căror minuire nu este lipsită de pericol: cum va proceda pentru a învăța comenzile sau regulile de securitate a muncii, cum va conduce o mașină complexă fără să cunoască limba? Acestea sînt probleme imediate, cărora trebuie să le găsească o soluție.

Hrana nu este nici ea cea obișnuită. Ea are un aspect și un gust diferit. Emigrantul are nevoie de sfaturi pentru a-și adopta o alimentație echilibrată și a se feri de greșeli dictate de rațiuni economice. Nici locul unde doarme nu este întotdeauna sanogen. Locuind mai mulți într-o cameră, într-o baracă sau într-o locuință insalubră, somnul este tulburat, iar bolile se propagă rapid. Apoi, do-

rința presantă de a economisi fiecare banuș pentru a-l trimite alor săi îl împinge pe emigrant să facă false economii, devenind prizonierul unei situații care îi primejduiește sănătatea.

Un emigrant nu se îmbolnăvește în același fel ca autohtonul. Mai întîi el este îngrozit de ideea de a-și pierde serviciul sau de a fi expulzat. Este deci necesar să fie informat și liniștit asupra acestui subiect. Este posibil ca în țara de origine să nu existe un sistem de asigurare în caz de boală sau ca emigrantul să nu știe cum funcționează serviciile de sănătate în țara unde a venit să lucreze. Cineva trebuie să-i explice cum poate primi ajutor, cum poate cumpăra medicamente și rambursa sumele datorate; trebuie să înțeleagă că are dreptul de a fi bolnav și că nu va fi pedepsit pentru aceasta, că are datoria să se ocupe de sănătatea proprie și să nu aștepte să ajungă foarte bolnav pentru a se prezenta la medic...

În cea mai mare parte bărbați, emigranții sînt singuri. Ei au nevoie de un ajutor special, și problema aceasta are mai multe aspecte. Poate fi vorba de lipsa familiei sau de a avea o viață socială care să nu le pună în pericol sănătatea fizică și mentală. Pentru a lupta împotriva singurătății, ei fac adesea apel la paleative — consumă alcool, trăiesc cu prostituate —, care le pot provoca mai mult rău decît bine. Dar nici emigrantul care reușește să-și aducă familia nu scapă de astfel de probleme; din contră, ele se accentuează. În timp ce copiii cresc și învață destul de bine limba țării respective, tatăl și mama se simt din ce în ce mai mult respinși și se întreabă dacă doresc cu adevărat ca fiii lor să semene cu cei din țara în care au venit și să fie atît de străini propriei culturi. A se integra unei noi culturi, fără a-și pierde legăturile cu propria cultură, și a-și păstra mindria legitimă pe care le-o inspiră aceasta este un echilibru dificil de realizat.

Viitorul emigrantului este adesea sumbru. Dacă se află într-o țară cu un înalt grad de industrializare, se datorează în mare parte faptului că această țară are nevoie de muncitori necalificați, buni să execute munci penibile, repetitive sau dezagreabile, respinse de populația locală. Dacă va încerca să-și facă propriul său cămin, se va lovi de ostilitatea localnicilor. Sindicatele ar putea avea un rol de jucat în această problemă, încercînd să-i ajute să înțeleagă ce au în comun cu localnicii și să evite tensiunile și confruntările între cei ce sînt „la ei acasă” și cei care „vin din alte părți”...

Situațiile la care se referă autorul și imaginile ce însoțesc articolul sînt doar preambulul unei vieți de calvar. Doar începutul unei situații stressante, generatoare, inevitabile a unor grave îmbolnăviri mintale, infectocontagioase, cardiovasculare... Deși amintite, rațiunile „financiare” care conduc la subalimentație și lipsa controlului medical sînt interpretate inexact. Atîta timp cît costul unei consultații medicale, al analizelor de laborator și al medicamentelor necesare în tratarea unei afecțiuni este ridicat chiar pentru majoritatea populației autohtone — este evident că va fi de-a dreptul inaccesibil pentru „cei care vin din alte părți”.

Lipsa de securitate socială, prăbușirea fizică și psihică, iată destinul sumbru al unui om în exil.

Cristian IONESCU

CONDAMNAȚI LA... BOALĂ

Imposibilitatea de a avea acces la îngrijiri de specialitate când organismul este asaltat de boli și perpetuarea lor în absența celor mai elementare condiții de igienă apar ca principale cauze ale unei situații îngrijorătoare: proliferarea bolilor tropicale fără perspectiva de a le putea face inofensive și tributul dat — numărul tot mai mare al deceselor sau al victimelor ce îngroașă rândurile handicașilor.

Sînt constatări ale specialiștilor, profesori și medici din Franța, de la Universitatea din San Francisco și de la Fundația Rockefeller (S.U.A.), de la Institutul de medicină tropicală din Moscova (U.R.S.S.), din Abidjan (Coasta de Fildeș), Bamako (Mali), Bangui (Republica Centrafricană), Dakar (Senegal), care au făcut o „analiză la microscop” a bolilor tropicale cu prilejul întîlnirii lor anuale. Atenția s-a oprit ca un semnal de alarmă asupra situației tragice pe continentul african.

Trahomul — afecțiune oculară care atinge anual în lume 500 milioane de persoane, majoritatea în Africa — este cauză a orbirii a 2 milioane de oameni și a pierderii parțiale a vederii a unui număr ridicat de persoane. Agentul bolii, un microorganism care găsește un mediu propice de dezvoltare acolo unde condițiile de igienă sînt precare. Or, în lipsa apei potabile, e greu de vorbit despre igienă. Nordul Africii și mai ales zona subsahariană înregistrează o frecvență crescută. Un adevărat flagel, o problemă de sănătate publică în Mali, unde sînt 100 000 de nevăzători. Formele evolutive contagioase predomină la tineri, cele cicatrizante și cu complicații la adulți, mai ales femei. An de an bolile fac ravagii, tributul plătit fiind prea scump: tot mai mulți sînt cei ce intră în rândurile „condamnaților la întineric”, celor ce nu vor mai vedea niciodată lumina zilei.

Dar nu numai oftalmologia se confruntă cu probleme de nerezolvat. Un tablou sumbru și nu izolat pe acest continent îl întîlnim și în pediatrie: „Spitalul din Bangui a fost construit în anul 1950, cînd orașul avea 90 000 de locuitori. Acum numărul lor a crescut la 300 000, dar spitalul a rămas la aceeași capacitate. Serviciul de pediatrie dispune de 145 de paturi, din care 20 de leagăne, deși ar fi necesare 50. Cum se procedează? Se așază salteaua direct pe sol sau mai mulți copii în pat. Sala de reanimare, foarte mică, practic nu este decît o sală pentru perfuzii. Din trei incubatoare unul singur funcționează. Inexistența stocului de oxigen și de antibiotice nu favorizează îngrijirile. În provincie situația este mult mai critică: un medic la 70 000 de locuitori. Pe ansamblul țărilor din această zonă, acționează doar doi pediatri. Agenții de sănătate (un fel de oficanți medicali), deși numeroși, nu dispun de mijloace de transport și de medicamente. Drumurile, de a căror stare nu se ocupă nimeni, și analfabetismul mameilor contribuie în plus la lipsa de igienă și la malnutriție”, se arată într-un articol recent apărut în revista „Jeune Afrique”.

Malaria frecventă și gravă, parazitozele și diareele deosebit de serioase, rujeola și tetanosul sînt principalele probleme întîlnite la copii în Repu-

blica Centrafricană. Senegalul se confruntă cu un tip de meningită purulentă (*Haemophilus influenzae*), mai frecventă în regiunea Capului Verde decît în restul continentului, ce pare să fie favorizată de o tulburare de nutriție. Procentul cazurilor mortale (39 la sută), ca și al celor cu sechele grave (29 la sută) este îngrijorător. Cu antibioticele de care dispun se estimează că doar în 50 la sută din cazuri se va putea realiza o vindecare completă. Speranța se îndreaptă spre... un vaccin.

Pentru Africa și febra galbenă rămîne un pericol. Din 8 400 de cazuri înregistrate în Gambia în anul 1981, 1 600 au avut un sfîrșit tragic datorită absenței vaccinului. Poate ar trebui spus din lipsă de posibilități pentru a se aloca de la buget o sumă corespunzătoare pentru asistență medicală.

Copiii, în toate cazurile, sînt primele victime, organismul lor fiind neputincios să lupte împotriva atîtor „agresori”: foamete, mizerie și boli, multe boli și foarte severe. Iată-i condamnați la suferință nu printr-o eroare a vreunui tribunal, ci de neomenoase rînduiri ce-și au pe frontispiciu hidoasa inechitate.

Valeria CHILĂU

MUNCITORI ÎNȚRE 10 ȘI 14 ANI

Piețele din majoritatea marilor orașe ale lumii oferă noului venit un spectacol pasionant: mulțimea de țărani care vînd bogatele roade ale pămîntului, diversitatea de magazine și de mici prăvălii cu vitrine atrăgătoare și viu colorate, numeroșii comercianți care își prezintă mai tare decît vecinii lor marfa pe care o expun. Imaginea aceasta este însă întunecată în multe din orașele țărilor capitaliste de prezența copiilor care cară în spate coșuri mai mari decît ei, oferindu-și serviciile de hamali,



pentru o sumă derizorie, de toți acei copii lustragii care pentru o monedă cu valoare mică curăță încălțăminte trecătorilor sau de larma produsă de micii vânzători de ziare.

Din păcate sînt cu mult mai mulți copii care de la vîrste fragede abandonează școala, pentru a-și câștiga existența muncind. După datele Organizației Internaționale a Muncii, aproximativ 55 de milioane de copii sub vîrsta de 15 ani erau încadrați muncitori către sfîrșitul anilor '70. Dintre aceștia 89 la sută munceau în agricultură, 10 la sută în comerț și aproximativ 7 la sută în industrie. Dar sînt țări în care vîrsta micilor muncitori este între 10 și 14 ani. Numărul lor nu este cunoscut exact niciodată pentru că munca prestată de copii este considerată ilicită.

Această situație are multiple repercusiuni. Una dintre cele mai importante este abandonarea școlii, cu consecințele sale complexe, între care neasigurarea nivelului necesar de cultură generală este cel mai dăunător. Dar prestarea precoce a unei munci fizice timp de 8 ore și chiar mai mult are implicații negative asupra dezvoltării fizice și mintale a copiilor. Din punct de vedere fizic ei nu sînt suficient de rezistenți pentru a face față efortului depus în orele de muncă. Corpul lor se resimte de pe urma oboselii, senzația de epuizare manifestîndu-se mai repede decît la adulți. Malnutriția de care suferă mulți dintre muncitorii-copii le reduce rezistența fizică și-i face vulnerabili la îmbolnăviri. Transportarea greutăților în poziții incomode le provoacă deformări ale sistemului osos și le frînează creșterea. O anchetă efectuată de specialiștii japonezi a evidențiat o diferență de 4 cm între tinerii care au început să muncească la 12 ani, comparativ cu cei de aceeași vîrstă care au început la 18 ani. Copiii care lucrează în industrie sînt mult mai expuși la accidente de muncă și la factorii de risc profesionali decît adulții, datorită lipsei de experiență, faptului că obosesc mai repede și au un timp de atenție mai limitat. Întrucît de destindere și joacă — elemente necesare dezvoltării sănătoase și normale a organismului copiilor — nu se beneficiază integral de către cei care muncesc un număr mare de ore, aceștia au cu timpul un orizont limitat, devenind adevărați infirmi psihici.

De ce în unele țări părinții acceptă ca propriii copii să muncească de la vîrste fragede? Întrebarea este firească, iar răspunsurile nu sînt prea numeroase: părinții, ei înșiși analfabeți, nu acordă importanță școlii; apoi, nici nu au posibilitatea să le asigure copiilor cărțile, rechizitele și cele necesare studiului, pentru că mulți dintre ei nu au de lucru sau chiar dacă muncesc abia reușesc să asigure hrana membrilor familiei, deseori numeroși. Sărăcia este atît de accentuată încît fără bănușii muncii de copii s-ar muri de foame.

Într-o lume care se dorește a fi mai dreaptă și mai bună, eforturile ar trebui concentrate nu către înarmare și pregătirea unui nou război distrugător, ci către crearea unor condiții corespunzătoare tuturor copiilor lumii, pentru ca ei să crească și să învețe pentru a putea prelua, cu competență și răspundere, sarcinile ce le vor reveni, la vîrsta cînd munca devine o datorie și o sursă de satisfacții.

T. NICOLAU

CALEIDOSCOP

PARADOXURI ALE CIVILIZAȚIEI CONTEMPORANE

● În ultima jumătate de secol, datorită res-trîngerii suprafețelor proprii existenței lor — ca urmare a înaintării deșerturilor, scoaterii și folosirii necontrolate a pesticidelor și îngrășămintelor sintetice, experiențelor nucleare și unor accidente soldate cu poluare — pe Terra s-a înregistrat dispariția a 76 specii de mamifere și păsări. Pînă la sfîrșitul acestui veac s-ar putea să mai dispară 500 specii de mamifere, 345 specii de păsări, 186 de reptile și 90 specii de pești de apă dulce.

● O tonă de petrol poluează 12 kmp de suprafață oceanică, iar un litru de petrol un milion de litri de apă oceanică. Or, trei sferturi din producția de petrol de pe glob se transportă pe apă, accidentele pe tancurile petroliere nefiind rare.

● Substanțele poluante pe Terra depășesc anual 3/4 tone pe cap de locuitor. Diferiți detergenți nebiodegradabili și care depășesc cantitatea de 30 mg/mp pe an pot infecta stratul freatic de apă aflat la mică adîncime. ● O foaie de hirtie are nevoie de cîteva luni pentru a se reintegra în circuitul natural, iar o cutie de conserve presupune un secol. ● Peste 5 000 fragmente de obiecte, avînd drept autor civilizația umană, evoluează pe orbite circumterestre, ca urmare a activităților spațiale în scopuri științifice, economice și mai ales militare. Probabilitatea unor coliziuni crește, dat fiind ambițioasele programe spațiale care devin și mai ambițioase, și mai belicoase.

● Pentru ca apele planetei noastre să se mențină curate și să se asigure un nivel de igienă minim tuturor locuitorilor, în următorii 10 ani sînt necesare 80 milioane de dolari; 1 miliard de dolari ar permite imunizarea fiecărui nou-născut din țările în curs de dezvoltare împotriva celor șase boli ale copilăriei (rujeolă, poliomielită, difterie, tuberculoză, tetanos, tuse convulsivă); 4 miliarde de dolari ar acoperi cheltuielile pentru vaste programe de hrană destinate copiilor; modernizarea și sporirea recoltelor agricole în țările sărace reclamă doar 3,5 miliarde de dolari; cu 1,5 miliarde de dolari s-ar pune capăt analfabetismului în lume. În același timp pentru instrumentele morții se cheltuiesc astăzi 600—650 miliarde de dolari pe an, adică circa 1 400 milioane de dolari pe zi, ceea ce înseamnă aproximativ 1,5 milioane de dolari pe minut. ● Numărul cetăținilor din țările în curs de dezvoltare se va dubla pînă în anul 2000, arată un studiu al Centrului Organizației Națiunilor Unite pentru așezările umane. În următorii 20 de ani în Ciudad de Mexico vor locui 31 milioane de persoane, populația orașului Sao Paulo (Brazilia) va atinge 25,8 milioane de locuitori, iar a Bombayului și împrejurimile sale 16,8 milioane. Metropolele țărilor în curs de dezvoltare vor fi „aglomerări de cocioabe, gîtuiri de circulație, deteriorarea gravă a serviciilor de transport și sanitare”, estimează

studiul ● În Asia trăiesc în prezent 2,5 miliarde de persoane, mai mult decât jumătate din populația globului. Într-un studiu al Comisiei Economice și Sociale a O.N.U. pentru Asia și Pacific se prognozează că în anul 2000 în această regiune a lumii vor trăi 3,4 miliarde de persoane, rata medie anuală a creșterii populației fiind de 1,79 la sută, față de 0,40 la sută în vestul Europei. Producția de cereale înregistrează, în schimb, o scădere sensibilă, explicație a procentului ridicat de persoane subnutrite, al căror număr este de 640 de milioane acum.

OCEANUL ASCULTĂ

Chiar și atunci când nu se simte nici o adiere de vânt, când apele oceanului clipocesc molcom pe lângă bordaj și membrii echipajului unui vapor își desfășoară în tăină activitatea, nu se poate spune că „nu se petrece nimic deosebit”. Există un loc pe navă în care fiecare minut aduce ceva nou, în care urechea atentă a unui om recepționează aproape permanent fapte transmise pe calea undelor. Există un sfert din fiecare oră când toate stațiile de radioemisie maritime mobile, aflate într-o zonă precis delimitată pe întinderea de ape, își încetează activitatea, rămânând pe „ascultare”.

Atunci oceanul ascultă.

Și nu rareori se întâmplă ca de undeva, din eter, să răsunе apelul îngrijorat al unor suflete care cer ajutor: S.O.S.! Celebruл semnal își face datoria oricând și oriunde.

...În seara aceea caldă de septembrie mă afluл în comanda navei pe care eram imbarcat pentru a cere lămuriri privitoare la apropiata intrare în port. Oceanul liniștit, „pulsul” regulat al motoarelor, fișitul probei prin apa albastră, totul lăsa impresia de calm și siguranță. Deodată, de jos, din cabina stației de radio, se auzi vocea radiotelegrafistului:

— Tovarășul comandant e acolo?

— Da.

— Tovarășe comandant, pe o navă engleză cineva are nevoie de ajutor medical.

Am coborât imediat împreună cu comandantul.

În codul maritim internațional este prevăzută obligația fiecărui medic de bord de a acorda ajutor medical ori de câte ori este solicitat de o altă navă care nu are personal sanitar imbarcat și pe care se află un bolnav grav. În funcție de distanță și de starea vremii, acest ajutor de urgență poate fi acordat prin deplasarea medicului respectiv de la o navă la alta sau prin radio. În cazuri de o gravitate mare, medicul trebuie să indice intrarea cit mai grabnică a navei pe care se află bolnavul în portul cel mai apropiat. Oricum, trebuie să existe un avis medical pentru a fi menținut bolnavul la bord și posibilitatea transportării lui un timp mai îndelungat pînă la intrarea în port.

— E departe de noi?

— Destul de departe, dar se îndreaptă tot spre Las Palmas.

— Ce s-a întâmplat?

— Nu am amănunte. Abia am recepționat semnalul.

— Atunci, s-auzim!

Nu știu dacă a fost numai o impresie personală sau dacă și ceilalți au perceput la fel semnalele ce au început din nou să răsunе în cabina radio. Păreau nu numai foarte îndepărtate, ci și jalnice, ca piuitul unui pui răcât de cloșcă. Am cerut amănunte asupra celor întâmplate.

Radiotelegrafistul de pe nava care solicita ajutor anunța că unul dintre ofițeri medic, se accidentase coborînd o scară metalică și avea dureri puternice în jumătatea dreaptă a toracelui și dificultăți în respirație. S-ar fi putut produce o fractură a uneia sau a mai multor coaste, deschisă sau închisă, sau numai o fisură. Am solicitat amănunte: „Accidentatul are vreo rană deschisă la nivelul toracelui, tușește, expectorează sînge”? Nu are decît o rană simplă la gambă, mi s-a răspuns imediat.

Diagnosticul se contura: o fractură costală necomplicată sau doar o fisură. În ambele situații durerile în timpul mișcărilor respiratorii sînt foarte mari, iar cele mai eficiente măsuri sînt imobilizarea accidentatului și calmarea durerilor.

— Transportați accidentatul cu o targă sau ceva asemănător, cu mare grijă, în cabina sa. Așezați-l pe pat cu capul și toracele ceva mai sus decît corpul, într-o poziție cit mai comodă. Înfășurați-i toracele cu o față cit mai lată pentru a-i limita mișcările respiratorii. Ce calmante aveți la bord?

— Tablete de Sedergin și de Valium, fiole de Baralgin.

— Dați-i două tablete de Sedergin și una de Valium.

— Continuăm itinerariul?

— Da. Pînă la portul Las Palmas, unde ne vom întîlni. Urmău date obișnuite, printre care, numele meu și avizul favorabil de continuare a drumului.

A doua zi ne-am întîlnit cu membri ai echipajului englez chiar pe cheiul principal al portului. Accidentatul fusese internat la spitalul marinarilor și era în afară de orice pericol.

Dr. Corneliu TODESCU

INAMICI AI SĂNĂTĂȚII

● **Epidemia de ciumă neagră**, consemnată de istorici că a avut loc în Europa de vest între anii 1347 și 1351, a provocat moartea a 75 de milioane de oameni ● **Epidemia de gripă**, care s-a declanșat peste aproximativ 570 de ani, la sfîrșitul primului război mondial, a secerat între 20 și 40 de milioane de vieți ● **Cel mai mare monstru din istoria omenirii**, care devorează cu ferocitate imense forțe materiale și umane este războiul. Pînă acum se estimează că pe planeta noastră au avut loc peste 14 500 de războaie, în care au pierit mai mult de 4 miliarde de oameni și bunuri materiale echivalînd cu un munte de aur cu un volum de 64 521 883 440 mc ● **Cursa înarmărilor consumă anual peste 600 miliarde de dolari** și antrenează peste 500 000 de oameni de știință la producerea armelor de nimicire în masă, în loc ca sumele și forțele să fie întrebuințate în scopuri pașnice ● **Unul dintre mijloacele cele mai ucigătoare il reprezintă... automobilul**. În numai 80 de ani (1898—1977) de cînd a apărut, numărul victimelor sale a depășit 25 de milioane de morți. Cei mai mulți morți înregistrați anual în accidente de circulație sînt în S.U.A. (56 000) în R.F.G. (17 000) și în Franța (17 000). ● **Un recent studiu efectuat în S.U.A.** arată că din cel aproximativ 20 de milioane de celibatari existenți, mai mult de 50 la sută consumă abuziv băuturi alcoolice, 25 la sută se droghează, iar restul sînt pacienți ai clinicilor de psihiatrie. ● **Datorită conducerii sub influența băuturilor alcoolice, a beției vitezei și a ignorării regulilor de circulație**, în Franța numărul accidentelor rutiere au crescut în progrese aritmetice de la an la an. Astfel, dacă în 1965 acesta era de 13 700, în 1973 a ajuns la 14 100, iar în 1980 la circa 17 000. ● **Circa 8 milioane zile de muncă sînt pierdute în Franța din cauza bronșitei și 2 milioane zile de muncă din cauza astmului bronșic**, ambele boli sînt consecința fumatului abuziv. ● **Conform unui raport publicat de Ministerul Sănătății din S.U.A.**, în fiecare an în această țară se înregistrează 165 de milioane zile de muncă pierdute și 306 milioane zile de muncă cu program redus datorită îmbolnăvirilor pricinuite de tabagism.

O NOUĂ REALIZARE
A INDUSTRIEI NOASTRE

APARATELE DE FOTOGRAFIAT

din gama

ORIZONT



Fotografia constituie cea mai plăcută și durabilă amintire pentru fiecare dintre noi. Acasă, pe stradă, în excursiile de la sfârșit de săptămână și în vacanțe, aparatul de fotografiat constituie o prezență necesară.

Industria noastră de profil a înscris o nouă realizare prin producerea gamei de șase aparate de fotografiat ORIZONT, cu complexități diferite, destinate atât începătorilor cât și celor avansați în arta fotografică, satisfăcând o diversitate de preferințe.

Aparatele de fotografiat ORIZONT cuprind cele mai noi elemente tehnice din industria optică mondială:

- Construcție compactă cu mecanisme sigure;
- obiectiv cu lentile tratate antireflex care permite redarea perfectă a culorilor;
- contact central pentru bliț, sincronizare integrală cu selector electric — magneziu;
- pîrghie cu armare rapidă;
- numărător de cadre automat;
- celulă fotoelectrică pentru măsurarea iluminării.

Prin natura construcției lor, aparatele de fotografiat ORIZONT exclud posibilitatea expunerii duble.

Dintre principalele date tehnice ale aparatelor de fotografiat ORIZONT rețineți:

- folosesc film în casete de 36 de imagini, format 24/36;
- au obiectiv FOTOCOLOR 1:2,8/40;
- timpi de expunere B:1/30 — 1/300 și B:1/30 — 1/500;
- dispun de un exponometru încorporat;
- regiaj de sensibilitate film 15—27 DIN.

Magazinele și raioanele specializate ale comerțului de stat vă oferă întreaga gamă de aparate de fotografiat ORIZONT la prețurile cuprinse între 500—1 200 lei, în funcție de complexitatea aparatului, la care se adaugă costul etilului (29 lei).

Cumpărați-vă și dv. un aparat de fotografiat ORIZONT.

RECOM

Factori naturali de CURĂ

VACANȚELE SĂNĂTĂȚII

LA MUNTE
LA MARE

PROFILAXIE ȘI RECUPERARE

La Sinaia, Govora, Călimănești, Slănic-Moldova, Herculane, Buzias, Felix, Amara ori în vreuna din constelațiile litoralului — Olimp, Jupiter, Neptun, Saturn, ca și în cele mai îndepărtate stațiuni climaterice și balneare din oricare colț al țării, o gamă complexă de factori naturali, conjugată cu condițiile moderne de confort satisfac cele mai variate necesități de odihnă și terapie.

Tradiționalul fond balneoclimatic al țării — atît de apreciat de către milioanele de oameni ai muncii care își întăresc starea de sănătate în aceste salbe de aur ale geografiei românești, cit și de sutele de mii de vizitatori de peste hotare — este reprezentat de o abundență de stațiuni cu excelente posibilități de recreare. De multe ori ne este greu să ne hotărîm la alegerea uneia sau alteia. De aceea, am socotit mai oportun să-i lăsăm pe specialiști să facă acest lucru. Invitații redacției sînt: conf. dr. Pompiliu POPESCU, șeful clinicii a III-a medicale a Spitalului municipal București, prof. dr. Remus NESTOR, șeful bazei clinice a Centrului metodologic de reumatologie, prof. dr. Ștefan GÎRBEA, de la Clinia O.R.L. a Spitalului „Colița”, prof. dr. Ion STAMATOIU, șeful clinicii de neurologie a Spitalului municipal București, conf. dr. Andrei VOINEA, șeful clinicii de ortopedie-traumatologie a Spitalului regional C.F.R. București, lector universitar dr. Ioan GHERGHINA, de la clinica de pediatrie a Spitalului „23 August”, și dr. Ștefania CIUCA, de la clinica de obstetrică-ginecologie a Spitalului „Dr. I. Cantacuzino”. Aceștia le-am adresat următoarele întrebări:

1. CARE ESTE IMPORTANȚA PROFILACTICĂ A CUREI BALNEARE?
2. CE STAȚIUNI SÎNT INDICATE ÎN TRATAMENTUL UNOR AFECȚIUNII?
3. CE PARTICULARITĂȚI ÎMBRĂCĂ EFECTUAREA UNEI CURE BALNEARE ÎN FUNCȚIE DE ANOTIMP?
4. CE POSIBILITĂȚI EXISTĂ DE EFECTUARE A UNOR PROCEDURI BALNEARE LA DOMICILIU?
5. CE RECOMANDĂRI SE FAC ÎNAINTE ȘI DUPĂ CURA BALNEARĂ?



Conf. dr. Pompiliu POPESCU: **CARDIACI, ATENȚIE LA PLECAREA ÎN STAȚIUNE**

1. O cură balneară este binevenită în sens profilactic, pentru că în stațiune omul beneficiază înainte de orice de aer curat și de scoaterea din stressul profesional diurn. Aici este invitat de natură să facă mișcare, să se plimbe, să înoate — toate acestea având un efect tonic general asupra organismului și asupra circulației. În plus, procedind astfel, el se apropie de acea igienă a vieții de care vorbesc educatorii de sănătate din care să se elimine factorii de risc: sedentarismul, stressul, poluarea, alimentația nerațională. Nici un medicament nu poate oferi ceea ce ne dăruiesc, cu atita generozitate, factorii naturali.

2. Bine controlat și îndrumat cardiacul beneficiază de tratament balnear. Afecțiunile cardiovasculare care răspund cel mai bine tratamentului balnear sînt arteriopatiile, mai ales cele ale membrului inferior, și tulburările de circulație venoasă, datorită efectelor pozitive ale băilor carbogazoase și ale mofetelor. Stațiunile indicate sînt deci Covasna, Buziaș, Vatra Dornei și Borsec. Totuși un element la fel de important îl constituie stadiul de evoluție a afecțiunii respective. Astfel, dacă este vorba de o hipertensiune arterială mare, stațiunea Vatra Dornei devine mai puțin indicată. Bolnavii în faza de recuperare (deci după infarct miocardic acut, tromboze acute, angine pectorale) au ca indicație medicală exercițiul fizic recuperator sub supravegherea unui medic specialist și factorii balneari: băi carbogazoase, cură de teren în climă blîndă subcarpatică. În acest stadiu sînt folosiți și factorii marini cu talazoterapie, climatoterapie și înot ușor. Una dintre cele mai răspîndite afecțiuni cardiovasculare este ateroscleroza. În perioada evolutivă este contraindicat orice tratament balnear, în timp ce, în faza de stabilizare (spontană sau medicamentoasă) se recomandă băile carbogazoase și cura marină (dacă nu se asociază și altă afecțiune pulmonară sau procese inflamatorii). În ce privește hipertensiunea arterială, facem precizarea că atunci cînd bolnavul are nevoie de o urmărire specială stațiunea cea mai indicată este Covasna, unde există și un spital de specialitate.

3. Nu se mai pune azi problema anotimpului, ci a zonei, pentru că în țara noastră există stațiuni excepționale, dar unele se află în zone deosebit de friguroase. După cum se știe, frigul determină spasm, total contraindicat în bolile cardiovasculare. Trebuie alese deci stațiuni cu o climă blîndă, nevintoasă, mai indicate fiind Buziaș și Covasna. Dar tratamentul se poate efectua și în stațiuni unde iernile sînt mai grele, cu factori meteorologici mai duri dacă bolnavul se va îmbrăca în mod corespunzător și dacă va evita frigul, beneficiind de condițiile pe care le oferă azi sanatoriile moderne. În concluzie tratamentul este posibil în oricare stațiune dintre cele amintite, cu condiția ca bolnavul să nu fie supus la intemperii în timpul deplasării de la hotel la baza balneară.

4. Nu se poate efectua cură balneară la domiciliu în tratamentul bolilor cardiovasculare.

5. Controlul medical e obligatoriu în săptămîna premergătoare plecării în stațiune. Aș da un singur exemplu: să presupunem că un cardiac are de cîteva zile dureri intense în regiunea inimii. Consultul este absolut necesar, întrucît ar putea fi vorba de infarct sau doar de o banală viroză. Electrocardiograma și enzimele serice indică situația reală și ne spun dacă pacientul poate sau nu să meargă în stațiune. Dar controlul medicului specialist este necesar și după cură, pentru a evalua beneficiul său regresul — organismul cardiacului reacționînd (uneori) paradoxal la factorii de cură.

Prof. dr. Remus NESTOR: **ORICE FORMĂ DE REUMATISM POATE BENEFICIA DE CURA BALNEARĂ**

1. Prevenirea bolilor reumatismale cuprinde o profilaxie primară și o profilaxie secundară. Consider că profilaxia afecțiunilor reumatismale de tip degenerativ și abarticlar se poate realiza în condiții optime în stațiunile noastre de odihnă. În aceste stațiuni sînt puse la dispoziția oamenilor muncii, pe lîngă factorii climatici, o mulțime de mijloace naturale care călesc organismul și evită imbolnăvirea. În același sens se poate realiza și o prevenire a recidivelor și complicațiilor diferitelor afecțiuni reumatismale aflate în perioada lor de remisie.

**ÎN
CE STAȚIUNI
MERGEAU
BUNICII**

1820 — BĂILE HERCULANE: Miraculoasele izvoare de pe Valea Cernei au fost descoperite și folosite de către romani în timpul expediției lor împotriva dacilor (în anii 105—106). Acum o sută și cincizeci de ani aceste băi se mai numeau **Stabilimentele de ape sfinte ale lui Hercule, de la Mehadia**. Folosirea lor de către bolnavii veniți din alte țări o găsim menționată în publicațiile germane și franceze încă de la 1820. Stampa pe care o reproducem poartă această dată și se află în albumul „Donauansichten”, apărut la Viena.

1846 — BALTA ALBĂ: Despre lacul cu ape minerale aflat pe mo-

șia logofătului Constantin Bălăceanu, din județul Brăila, ziarele bucureștene scriau, în luna iulie 1846: „Numărul pătimașilor (adică al bolnavilor) care-și caută alinarea suferințelor acolo a trecut de cinci mii și mulți s-au vindecat chiar și de boala dropiei. Acum s-au mai pregătit 40 de odăi și încă o ospătarie”. Renumele stațiunii trece repede granița, astfel că în vara anului 1854 revista franceză „L'illustration” publică un articol, însoțit de un desen: „Lacul și plaja de la Balta Albă, care a început a fi vizitat acum și de străini”.

1863 — OLĂNEȘTI: Un oarecare Petre Munteanu, care pri-

PROFILAXIE ȘI RECUPERARE



2. Este corect că întrebarea se referă la afecțiuni și nu la noțiunea generică de „reumatism”, întrucât alegerea stațiunii balneare pentru două din numeroasele boli reumatismale depinde de trei factori: de boala reumatismală propriu-zisă, de alte boli pe care le mai are reumatismul respectiv pe lângă reumatism (coafecțiuni) și de factorii naturali de cură de care dispune stațiunea respectivă. De asemenea, variația cazurilor de boală reumatismală ne face să distingem o cură balneară în scop profilactic, pe care am amintit-o mai înainte, o cură balneară terapeutică și una de recuperare. Ce afecțiuni beneficiază de tratament balnear? Aș putea răspunde că nu există afecțiune care să nu beneficieze de tratament balnear cu condiția ca suferința să nu fie în stadiul acut sau subacut. Vreau să spun prin aceasta că sînt contraindicate poliartrita reumatoidă febrilă cu viteză de sedimentare crescută, formele cu potențial evolutiv sau cu determinări viscerale... Pentru orice boală reumatismală contează însă starea generală a bolnavului. De exemplu, spondilartroză anchilozantă beneficiază mai mult ca poliartrita reumatoidă dispunînd de un avantaj mai larg de indicații terapeutice. Dar și în această situație nu vom trimite bolnavii care mai au o insuficiență respiratorie avansată, pe cei cu determinări oculare sau cu deficit ponderal marcat. Ar fi însă o greșeală să nu trimitem bolnavii de spondilartroză anchilozantă în afara perioadelor acute în stațiuni unde pot urma o adevărată școală a prevenirii deformărilor și anchilozelor, unde sînt condiții excepționale pentru kinetoterapie în bazin sau la sală și pentru asocierea de proceduri electrice sau masaj sedativ. Dacă ar fi însă să mă refer doar la cele două probleme majore ale afecțiunilor reumatismale cronice inflamatorii, așa face remarcă că formele de poliartrita reumatoidă incipiente pot beneficia de tratament în stațiunea Felix, iar cele de poliartrita anchilozantă în stațiunile Mangalia, Eforie, Felix și Herculan. Există, de asemenea, o serie de stațiuni mai mici care dispun de mijloace similare stațiunilor de reputație. Printre acestea să amintim stațiunile Lacul Sărat (Brăila), Geoagiu, Amara, Balta Albă, Slănic-Prahova, Ocna Sibiului etc. Dar alegerea este dictată în mare măsură, după cum spunem, și de terenul și vîrsta pe care evoluează boala reumatismală, raportate la condițiile climatice și la dotările stațiunii respective. De aceea vom evita să-i trimitem pe litoral sau la Amara pe bolnavii care prezintă și o hipertiroidie; vom prefera să trimitem un bolnav de reumatism cronic degenerativ la Olănești, dacă are asociată o afecțiune renală, sau îi vom recomanda Goșova, dacă mai are și o afecțiune pulmonară; vom ține, de asemenea, cont că este contraindicat tratamentul reumatismului la bătrîni în stațiunile cu concentrație mare în sulf, cu un climat excitant, pentru aceștia fiind recomandate stațiunile cu un climat mai blînd din podișul Transilvaniei (Bazna, Ocna Sibiului,

Sovata). Este adevărat că media de viață în țara noastră a crescut, ajungînd la peste 70 de ani, și că mulți vîrstnici se simt în putere, fapt pentru care se prezintă la serviciul de consultații, solicitînd, cu insistență, pentru artroză sau spondiloză pe care o au recomandare pentru o cură balneară. În majoritatea cazurilor sîntem totuși obligați să-i refuzăm. Aceasta întrucît, de obicei, pe lângă formele degenerative reumatismale, ei mai prezintă și alte afecțiuni, în special cardiovasculare, care nu le permit o deplasare de lungă durată, oboșitoare și efectuarea unui tratament într-un climat solicitant. Practica medicală ne-a învîtat că la acești pacienți în alegerea stațiunii trebuie să ținem seama și de distanța față de domiciliu, să preferăm la stațiuni cu profil asemănător o stațiune mai apropiată, pentru a evita un factor de risc, o acutizare a suferinței reumatismale în timpul transportului. Referitor la climatul cel mai potrivit pentru acești pacienți, precizez că el este cel oferit de stațiuni în care să realizeze o climatoterapie fără balneoterapie (Breză, Polana Sibiului, Brașov). Cît privește spondiloză lombară, discartroză și sciatică vertebrală, este bine ca tratamentul să se aplice în afara perioadelor de criză. Periartrita scapulohumerală — o afecțiune ce duce frecvent la incapacitate temporară de muncă și uneori la pensionare — beneficiază prin excelență de cură balneară, bolnavul fiind îndrumat spre un tratament „tesut” cu grijă, în funcție de gradul de anchiloză, hipotrofie musculară, elementul durere și vechimea afecțiunii. În privința reumatismului articular acut, consider că acesta este total contraindicat pentru cură balneară. Putem vorbi în acest caz de cură balneară doar la bolnavii care au avut boala în antecedente.

3. Sigur că sînt unele afecțiuni reumatismale în care ponderea tratamentului îl reprezintă repausul și la care o cură balneară făcută ambulator la nivelul unei policlinici sau chiar la domiciliu poate da rezultate. Dar aceasta presupune indicația și consultul permanent al medicului specialist.

4. Față de condițiile create unde există stațiuni în care pacienții sînt obligați să iasă în frig pentru executarea curei; anotimpul nu mai constituie un impediment.

5. Tratamentul balnear se pregătește înainte de cură, se realizează în timpul curei și se întreține după cură. Condiția este ca cel care dorește să meargă într-o stațiune să nu-și pregătească dosarul medical cu cîteva luni înainte. Numai analizele făcute în preajma plecării permit medicului curant să conchidă asupra stării de sănătate și a oportunității tratamentului balnear. Stațiunea balneară ar trebui să constituie o adevărată școală, în care să se învețe igiena posturii și alimentației, în care se însușește tehnica kinetoterapiei ce trebuie continuată pînă la următoarea cură balneară. Nu sînt de părere ca bolnavul să facă mai multe cure balneare în același an.

BĂILE HERCULANE 1820

mise de zestre „proprietatea Olănești”, informează printr-un anunț publicat în marile ziare că de trei ani se străduie „să aranjeze într-un mod convenabil stabilimentul de băi minerale așezat pe proprietatea sa, avînd un număr de 60 de odăi, mobilate cu paturi, scaune și mese, dar fără așternut... care sînt deservite de lucrători buni, angajați să corespundă cuviincios la ordinele domnilor pasageri, în raport cu dieta lor”. Întreprinzătorul proprietar stabilea și felul bolilor ce puteau fi tratate la Olănești, cu puterea băilor: „Se curăresc tot felul de hemo-roide, tot felul de boale de piele, paralizile în cel mai mare grad,



Prof. dr. Ștefan GÎRBEA:

EFECTE FAVORABILE ÎN BOLILE O.R.L.

1. Organele aparținătoare specialității O.R.L. (nas-gît-urechi) au interdependență anatomică-fiziologică și patologică, în sensul că mucoasa care căptușește aceste cavități are o continuitate neîntreruptă în toate aceste încăperi și orice proces patologic se extinde de la o cavitate la alta.

Astfel, un guturai contractat în sezoanele friguroase poate duce ușor la o sinuzită, otită, faringită, laringită, traheită etc. Căzurile ce prezintă o sensibilitate a mucoasei se bucură de tratament balnear profilactic. Observațiile clinice au demonstrat clar că indivizii care urmează cu regularitate diferite tratamente balneare sînt scutiți de virozele nasofaringiene.

Personal am observat în decursul anilor, ca medic sezonier în diferite stațiuni balneoclimaterice, efectele „miraculoase” ale tratamentului profilactic balneoclimatic, urmărind mai multe loturi de copii care n-au mai suferit de nici o inflamație nasofaringeană.

2. Din cele 160 de localități și stațiuni cu factori curativi naturali, o bună parte pot servi bolnavii cu afecțiuni cronice ale mucoasei naso-faringo-laringene.

Astfel, rinofaringitele cronice catarale se tratează cu ape sulfuroase în aerosoli la Băile Govora, Băile Herculane, Slănic-Moldova, Călimănești—Căciulata, Pucioasa și pe litoralul Mării Negre, care dispune și de un climat natural, atît de important în tratamentul acestor afecțiuni cronice (sulful are proprietatea de a reduce secrețiile muco-purulente prin atenuarea glandelor sero-mucoase). Obişnuit se indică două cure pe an, de cîte 15—18 sedințe, timp de 3—4 ani.

Rinofaringitele cronice atrofice și cele ozenoase beneficiază de cure repetate cu ape minerale sărate-iodate din stațiunile: Govora, Herculane, Slănic-Moldova, Bazna, Săcelu, Călimănești și litoralul Mării Negre. Rinofaringitele cronice alergice (simple sau asociate cu o polipoză alergică neinfecată) se pot trata la: Olănești, Călimănești—Căciulata și Govora. Sinuzitele cronice catarale cu mucoasa îngroșată edematoasă — polipoasă alergică, rebele la tratamentul cu corticoizi au indicate apele sulfuroase de la Băile Herculane, cele arsenicale cloruro-sodice de la Șaru-Dornei și aerosolii naturali ai Mării Negre, unde se pot reduce și vegetațiile adenoidale la copii. Catarul tubo-timpanic cronic cu tulburări de auz se tratează la Olănești, Ocna-Sibiului, Bazna, Săcelu,

Eforie, Neptun, Mangalia, Techirghiol. În laringitele cronice catarale sau hipertrofice sînt recomandate apele sulfuroase de la Govora, Herculane, Slănic-Moldova, Călimănești—Căciulata. Laringitele uscate se tratează cu ape alcaline la: Singeorz-Băi, Malnaș-Băi, Slănic-Moldova. În cursul terapiei bolnavii cu afecțiuni O.R.L. trebuie controlați de orelistul stațiunii, pentru a se verifica eficiența tratamentului.

3. Tratamentele afecțiunilor cronice O.R.L. se aplică în sezoanele călduroase, fiind vorba de afecțiuni ale căilor aero-digestive superioare, expuse permanent mediului extern. În mod excepțional se pot face și în sezoanele friguroase, dar numai în sanatoriilor în care cazarea, masa și tratamentul sînt oferite în cadrul aceleiași clădiri (Herculane, Singeorz-Băi, Căciulata, Mangalia etc).

4. Cura balneară la domiciliu în afecțiunile O.R.L. nu se poate face în condiții optime, lipsind climatul necesar, ca adjuvant al apelor termale care trebuie să fie și ele utilizate proaspete, aproape de izvoare, apele minerale îmbuteliate pierzîndu-și calitățile terapeutice pentru mucoasa nasofaringeană.

5. Înainte de cură se indică trierea atentă a bolnavilor de către orelist, fiind contraindicată trimiterea în stațiuni a suferinzilor cu afecțiuni cronice specifice sau în faza inflamatorie acută. Fumatul trebuie exclus în primul rînd, tratamentul balnear fiind ineficient în prezența fumului de țigară cu compuşii săi toxici, care irită mereu mucoasa căilor aero-digestive.

După cură se vor evita curenții și intemperii, pentru a nu se produce o recidivă a rinosinuzitelor.

Evacuarea mucozităților prin suflatul nasului se va face corect, nu printr-o expirație bruscă și zgomoasă prin ambele fose nazale deodată, fiindcă tensiunea din interiorul nasului riscă să proiecteze mucozitățile spre orificiul sinusurilor sau spre canalul nasolacrimal, ci alternativ, cînd pe o nară, cînd pe alta.

Prof. dr. Ion STAMATOIU:

CURA ESTE ALTCEVA DECÎT CONCEDIUL DE ODIHNĂ

1. Nu se poate vorbi de o profilaxie primară prin tratament balnear în bolile neurologice.

2. Foarte multe boli neurologice pot beneficia de tratament balnear, unele chiar în etapa acută, altele în convalescență. Principalele boli inflamatorii ale

SLĂNIC MOLDOVA 1880



gastritele și orice slăbiciune de stomac, reumatismele și artritele complicate, tot felul de sifilitice, scofulele de orice grad, rănile cronice, poprirea udului și altele”. Deci bunicii noștri puteau alerga cu încredere să capete o odale, vara, la Olănești.

1871 — BISCA RUSIL: În anul 1871, dumnealui, Ștefan Borănescu, invita pe cei dornici de odihnă să petreacă vacanța în localitatea Bisca Rusil, situată la poalele Muntelui Penteleu, din districtul Buzău, informîndu-i prin ziare: „Aici am construit un stabiliment foarte comod, cu camere mobilate, birt confortabil și sa-

sistemului nervos periferic — polinevritele, nevritele beneficiază de posibilitatea reducerii convalescenței prin activarea proceselor de regenerare datorită procedurilor balneare.

În general, în perioadele acute nu se pot face decât aplicații calorice, hidrobalneare. În procedurile care se adresează nevritelor — concomitente uneori cu procesele reumatismale la nivelul nervilor — sunt indicate băile cu ape sulfo-iodate dacă bolnavul nu are și alte boli asociate care contraindică aceste tratamente (în primul rând afecțiunile cardiovasculare). Afecțiunile reumato-neurologice beneficiază de tratament balnear, prevenindu-se recidivele. Astfel, în aceste cazuri, este indicat tratamentul cu nămol (în sezonul cald), nămolul fiind un activator al circulației periferice și deci al regenerării, stingând focarele inflamatorii cronice; în sezonul rece nămolul va fi înlocuit cu proceduri electroterapice care și ele activează circulația: băi electrogalvanice, paturi celulare, ultrasunete cu aplicații locale sau ultrasunete cu introducerea de hidroclorizon, magnetodiflux, raze ultrasonice care rezolvă procesele inflamatorii profunde (radiculite, nevrite...). În procesele de suferință a nervilor periferici se constată că un mare număr de cazuri se datorează degenerărilor reumatice ale segmentului cervical — ceea ce produce nevralgii cervicale — sau a segmentului lombar, având ca rezultat apariția nevralgiilor lombare. Evoluția acestor afecțiuni poate fi influențată prin tratament balnear.

Un capitol important de afecțiuni ce pot beneficia de tratament în stațiuni este cel al afecțiunilor sistemului nervos central, în special cele datorate perturbării irigației cerebrale, tulburările de tip ischemic (ischemia cerebrală). În aceste cazuri procedurile balneare pot să faciliteze circulația de compensare a regiunii lezate, în sensul că reduce regiunea lezată și oferă deschiderea unor noi căi de circulație colaterală. Astfel se fac aplicații cu băi de acid carbonic. În principiu, tratamentul balnear nu se repetă mai repede de șase luni pentru bolile neurologice, având în vedere că recuperarea se face foarte greu și abia atunci se vede dacă tratamentul mai este necesar. Procedurile fizioterapice se pot repeta însă mai des, orientate după efectul obținut.

3. Procedurile terapeutice efectuate în condițiile de dotare ale stațiunilor noastre pot fi realizate pe tot timpul anului indiferent de anotimp, uneori mai favorabil fiind cel rece, deoarece bolnavul rămâne permanent în interiorul bazei balneare.

4. Ce posibilități sînt de a face cura balneară la domiciliu? Reduse și privesc nu atât o terapie în perioada de evoluție a unei boli, ci în perioada de stabilizare, pentru profilaxia recidivelor. Astfel, spondilozile, tulburările de circulație periferică, mai ales venoasă, durerile varicoase beneficiază de tratament cu băi de sare sau cu sare de Bazna. Dar procedura trebuie să o recomande medicul curant, ținînd cont

de starea generală de sănătate a pacientului, de afecțiunile asociate, de reactivitate etc.

5. Înainte de cură este absolut necesar un examen medical. Pentru că orice acutizare a unei afecțiuni cardiovasculare, renale sau pulmonare poate contraindica trimiterea unui bolnav într-o anumită stațiune. Un bilanț medical este necesar și după efectuarea curei, pentru a se face aprecieri obiective asupra beneficiului pe care l-a avut cura balneară pentru sănătatea pacientului. Oricum, trebuie să fie foarte clar că un concediu balnear este altceva decît un simplu concediu de odihnă și că pentru a beneficia din plin de posibilitățile sale profilactice, curative și recuperatorii este nevoie de participarea conștientă a celui direct interesat: bolnavul. Așa după cum există principii generale de indicații balneare — nevrozile hipocitice și somnolențe, oboselă, epuizare beneficiază de mare, iar nevrozile hiperexcitabile sau cu disfuncții tiroidiene beneficiază de munte — tot așa există un indicator general al coparticipării bolnavului la ameliorarea propriei sănătăți.

Conf. dr. Andrei VOINEA:

FACTORII NATURALI ȘI VERIGILE FIZIOLOGICE ALE ORGANISMULUI

1. Afecțiunile aparatului locomotor determină adesea modificări morfo-funcționale nu numai în varietățile structurii din zona respectivă, ci și sechele cu răsunet la distanță sau, în general, ale organismului.

Trecem foarte adesea prea ușor pe lângă realitatea clinică a acestor sechele, ocupîndu-ne în principal de rezolvarea celor locale. Cu toate acestea, este nevoie nu numai de formularea unui diagnostic cît mai complet, ci și de schițarea de la început a principalelor direcții de orientare a tratamentului balneoclimateric de recuperare.

Trebuie cunoscute foarte bine toate aspectele anatomice și funcționale ale regiunii bolnave, precum și cele învecinate; să cunoaștem semnele specifice nu numai ale fiecărui caz, ci bolnavul în ansamblu, pentru a putea alcătui corect programul de tratament balneoclimateric de recuperare.

Astăzi, cînd dispunem de fundamentarea științifică a mecanismelor de acțiune a factorilor balneoclimatologici, constatăm permanenta lor eficiență terapeutică în tratamentul afecțiunilor ortopedice și ale sechelelor lor. În afara rolului lor profilactic — orientarea medicinei moderne spre prevenirea îmbolnăvirii

loane de petrecere. Aerul curat, poziția pitorească, cura de zăr de lapte de capră, precum și băile de apă rece dau destule garanții gentilelor persoane care ar voi să vină aici".

1886 — GOVORA: Doctorul Zorileanu, din Tîrgoviște, analizează apele minerale existente în apropierea satului Govora, pe care localnicii le socotesc tămăduitoare de boli. Rezultatele acestor analize sînt publicate în două lucrări, cu concluzia: „Socotesc apele minerale de la Govora ca un puternic agent terapeutic în arta vindecării morbilor cronici". Verdictul acesta științific face ca în anul

CĂCIULATA 1900





factorii naturali utilizați de balneoclimatologie influențează pozitiv verigile fiziologice importante ale organismului. De aceea, factorii naturali și adjuvanți trebuie să intre mai mult în preocupările noastre.

2. Țara noastră beneficiază de o serie de stațiuni balneare cu veche tradiție. Astfel, în maladiile osteoarticulare sînt indicate îndeosebi: Mangalia, Felix, Herăceluș, Geoagiu, Ocna Sibiului.

3. Există stațiuni unde tratamentele se pot face în tot timpul anului, avînd bazine acoperite cu apă de mare (Eforie Nord, Eforie Sud, Mangalia) sau ape termale (Felix) etc. Aici bolnavii beneficiază de toată gama procedurilor balneoclimatologice și de recuperare în toate anotimpurile.

4. În funcție de afecțiune, de stadiul ei, de starea generală a bolnavului, de bolile asociate, putem indica unele tratamente de recuperare la domiciliu, ca o continuare sau o completare a celor efectuate în instituțiile specializate. Astfel recomandăm: mișcări de recuperare în băi cu sare de Bazna, kinetoterapie pe diferite aparate pe care le pot avea bolnavii acasă — bicicletă ergometrică etc. Mișcările izometrice și altele, indicate și controlate periodic de specialiști, pot ajuta la o recuperare mai eficientă a bolnavilor cu sechele după afecțiuni ale aparatului locomotor.

5. Este util ca indicațiile tratamentelor balneoclimatologice de recuperare să fie date de către specialiști, avînd în vedere că și această terapie își are contraindicațiile ei. Sînt boli care necesită interzicerea totală a tratamentelor balneare; altele impun amînarea acestor tratamente sau completarea lor cu mijloace medicamentoase sau chirurgicale.

În orice caz este bine ca bolnavii să asculte sfatul competent al specialiștilor.

Dr. Ștefania CIUCĂ EFICIENȚĂ ÎN PATOLOGIA GINECOLOGICĂ

1. Simpla expunere la radiații solare — deci helioterapie — constituie o metodă terapeutică estivală a afecțiunilor inflamatorii cronice genitale, dar și o modalitate de profilaxie generală.

Cura heliomarină, deci cu aportul apei salină cu rol vasodilatator, trofic, constînd din băi generale, irigații vaginale, precum și aplicații vaginale cu nămol sub forma mofetelor sau de irigații, constituie atît un procedeu terapeutic în unele afecțiuni cronice generale, cit și de prevenire a eventualelor complicații.

Alături de mijloacele heliomarine și apele salină, un rol deosebit în stimularea mijloacelor trofice locale și generale îl au procedurile fizioterapice care constau din raze ultracurte, ionizări, ultrasunete, băi

de lumină etc. Menționăm că tratamentele balneoclimatice la femeile ginecopate trebuie efectuate numai după prescripția medicală, întrucît sînt numeroase alte afecțiuni concomitente la care sînt contraindicate aceste tratamente. Este cazul femeilor purtătoare de mastoze chistice, precum și cele cu fibroame uterine, cărora nu li se recomandă cura heliomarină, știut fiind faptul că radiațiile solare în exces au un potențial cancerigen în anumite cazuri.

2. Situația anatomică a organelor genitale care suportă întreaga presă a conținutului abdominal, ortostatismul prelungit, expunerea îndelungată la frig și umezeală sînt factori favorizanți ai congestiilor pelviene caracterizate prin tulburări circulatorii, cu spasme prelungite vasculare și tulburări trofice în zona genitală. Dacă la acești factori favorizanți se adaugă infecțiile microbiene și parazitare rezultă bolile inflamatorii ale organelor genitale, cu implicații psihosociale, imediate și tardive, printre care infertilitatea și sterilitatea sau pierderea temporară a capacității de muncă. Uneori, repausul la pat însoțit de tratamentul medicamentos specific sau nespecific vindecă procesele inflamatorii genitale acute și subacute, dar în cazul cronicizării acestor afecțiuni, cu consecințe asupra funcției de reproducere, ducînd adesea la sterilitate și infertilitate, tratamentul devine complex și îndelungat.

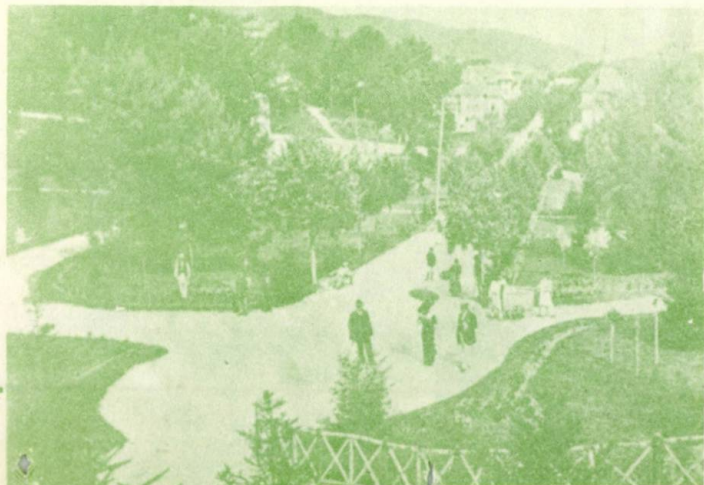
Tratamentul balneoclimatic se înscrie printre multiplele procedee terapeutice ale inflamațiilor genitale cronice. Stațiunile indicate mai frecvent sînt cele de pe litoral, cărora li se adaugă Amara, Felix, Sovata.

3. Desigur că în tratamentul bolilor cronice ginecologice sezonul estival are prioritate. Dar dacă ținem cont de progresele deosebite pe care medicina, balneofizioterapia în special le-au făcut în zilele noastre, trebuie să menționăm că în tot cursul anului se pot efectua tratamente fizice și balneare în stațiunile cu profil ginecologic, cum sînt: Sovata, Felix, Amara etc. Dar nu numai în stațiuni balneare se pot efectua asemenea tratamente. Centrele balneofizioterapice din țara noastră prin secțiile cu paturi, prin policlinicile de balneofizioterapie, oferă bolnavelor cronice ginecopate multiple mijloace terapeutice fizice și balneare (băi salină, împachetări cu nămol, băi de nămol, irigații vaginale și mofete cu nămol), ionizări, solux, ultrasunete etc.

În cazul tratamentelor în sezonul rece, se recomandă ținută vestimentară corespunzătoare, evitarea expunerii la variații mari de temperatură, la frig și umezeală.

4. În general noi nu recomandăm ca tratamente ginecologice la domiciliu decît băile cu ceai de mușetel, ca factor de igienă locală, ca și diverse irigații cu diferite substanțe cu efect antiseptic etc. Igiena genitală se impune ca o condiție obligatorie de igienă intimă fiecărei femei în parte, contribuind la prevenirea unor infecții ale zonei genitale.

GOVORA 1900



1889 stațiunea Govora să fie deschisă oficial, pentru că în următorii douăzeci de ani să devină renumită și peste hotare.

1896 — **BĂILE STRUNGA:** Pentru „miraculoșii săi sorginți sulfuroși”, băile Strunga, din județul Iași, au început a fi căutate mai ales din anul 1896, cînd un ingenios organizator local a construit cîteva „vile” noi, o ospătarie, o sală pentru baluri și „un pavilion mare, cu treizeci și ceva de odăi”, din fața căruia pleca, spre locul „sorginților, un... tramvai cu cai”. O modalitate pe măsura timpului de a face plăcută și comodă cura balneară.

5. Marea majoritate a femeilor cu afecțiuni inflamatorii ginecologice cronicizate solicită insistent tratament balneoclimateric, acesta fiind poate ultima încercare de vindecare, de tratare a sterilității, infirmități care are implicații serioase psihosociale.

Trebuie să se știe că numai procesele inflamatorii așa-zis stinse beneficiază de cură balneoclimaterică. Stingerea procesului inflamator înseamnă dispariția simptomatologiei bolilor inflamatorii genitale (durere, febră, metroragii), precum și normalizarea unor constante biologice, ca VSH, leucogramă, examenul secreției vaginale, urocultură. Uneori, aplicarea acestor mijloace de tratament poate duce la recidive, cu acutizarea acestor afecțiuni. De aceea, după tratamentul balnear, femeile trebuie să respecte indicațiile medicale, evitând expunerile la frig, umezeală, ortostatismul prelungit, efortul fizic marcat, precum și constipația, care favorizează creșterea virulenței colibacilului prezent în intestinul gros, care poate infecta cu ușurință căile genitale. De asemenea, se recomandă un control genital periodic pentru a vedea eficiența tratamentului balnear și a depista din vreme eventualele dereglări.

Lector univ. Ioan GHERGHINA: PRIETENII SĂNĂTĂȚII COPILULUI

1. Beneficiul tratamentului balnear pentru prevenirea și combaterea unor îmbolnăviri specifice copilului este cunoscut de foarte multă vreme. Astfel de un interes deosebit se bucură cura balneară în cazul unor boli cronice, cum sînt astmul infantil și rahitismul. În aceste afecțiuni, alături de tratamentul medicamentos, se recomandă și tratamentul balnear, care, prin folosirea judicioasă a factorilor naturali cît și a efectului terapeutic al apelor minerale și al plantelor medicinale, ajută la ameliorarea sau chiar vindecarea mai rapidă. În ce privește efectul preventiv, tratamentul balnear corect aplicat poate preîntîmpina noi episoade acute. Dar cura balneară, fără a fi dublată de un anumit tratament specific balnear, are efect favorabil asupra stării de sănătate chiar la copiii sănătoși, făcîndu-i mai rezistenți la boli.

2. În prezent dispunem de unități sanatoriale în care pot fi îngrijii copii cu diferite boli cronice, în multe stațiuni balneare din țară. Dintre bolile specifice primei copilării, adică la vîrsta preșcolară, menționăm rahitismul, adică mineralizarea defectuoasă a

scheletului ca urmare a perturbării metabolismului fosfocalcic, consecință cel mai adesea a aportului neadecvat de vitamina D. Aici, pe lîngă tratamentul medical, un rol deosebit de important în consolidarea procesului de vindecare în sechelele după rahitism îl are cura heliomarină. Pe litoralul românesc (la Eforie și Techirghiol) există sanatorii pentru tratamentul balnear al copiilor cu tulburări ale mineralizării scheletului. Dar în aceste unități sanatoriale mai beneficiază de tratament balnear cu efecte deosebite în consolidarea sănătății și copiii de vîrstă școlară, care au suferit de reumatism articular acut. De asemenea, cura heliomarină mai are și un efect profilactic bine cunoscut față de infecțiile streptococice. De aceea, este necesar să fie trimiși la mare (în timpul sezonului estival) copiii care prezintă repetate amigdalite sau angine în timpul sezonului umed și rece. Pentru această categorie de subiecți nu este absolut necesară internarea într-un sanatoriu, fiind indicată șederea în oricare dintre stațiunile sau localitățile de pe litoral. Pentru copiii care sînt în evidență și tratament cu diagnosticul de hepatită cronică se recomandă tratamentul balnear în sanatoriile cu profil special din stațiunile Călimănești, Olănești, Covasna și Zăbala.

O altă categorie de copii, în special de vîrstă școlară, suferă de boli respiratorii recurente sau trenante, de natură infecțioasă sau alergică, cum sînt bronșitele cronice și astmul infantil. La aceștia, pe lîngă tratamentul medical complex, este indicat și tratamentul balnear, cu rezultate deosebit de bune în sanatoriile din Slănic-Moldova și Govora. Pentru cei cu anemii sau cu diferite boli musculare, este bun tratamentul balnear în sanatoriul de la Vlcele, iar pentru deficienții motori (de diferite cauze), ca și pentru cei care au avut reumatism articular acut se recomandă unitățile sanatoriale de la Băile Felix. În fine, în stațiunea Bușteni de pe Valea Prahovei există un sanatoriu pentru copii cu tuberculoză a oaselor.

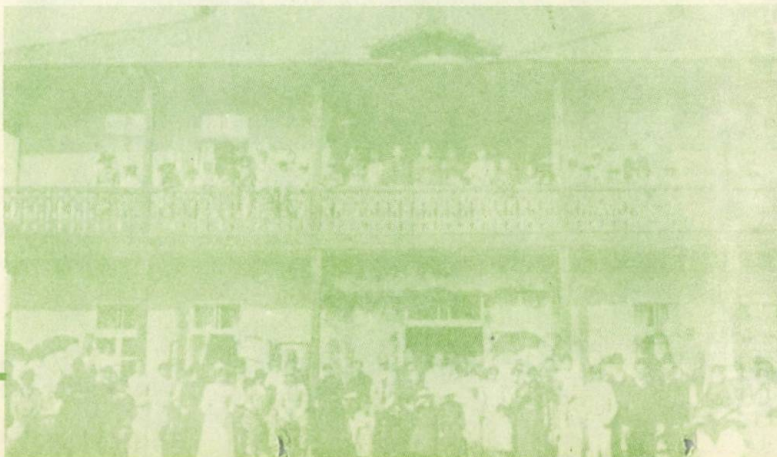
3. Este evident că tratamentul balnear efectuat în sanatoriile și stațiunile de pe litoral beneficiază în mai mare măsură de o cură heliomarină în sezonul cald, deși o parte din sanatorii funcționează în tot timpul anului, iar tratamentul nu se rezumă numai la băile de soare. În celelalte stațiuni pe care le-am numit sau în altele pe care nu le-am numit (situate în afara litoralului), tratamentul este pe deplin eficient în tot timpul anului, chiar și în anotimpul rece și umed, datorită amenajărilor speciale făcute în acest scop, ca și specificului bolilor cronice pentru care sînt indicate.

4. În legătură cu această întrebare aș vrea mai întîi să accentuez asupra importanței utilizării permanente a factorilor naturali — aer, soare, apă — susținuți de mișcare, pentru menținerea și apărarea săn-

BĂLTĂTEȘTI 1890

1890 — BĂLTĂTEȘTI: O veste bună pentru buni: „În stațiunea Băltătești, din județul Neamț, s-a dat în folosință — în luna mai 1890 — un splendid pavilion-hotel, în care onor vizitatorii găsesc toate cele de trebuință plăcutei petreceri a unei meritate vacanțe”. Iată și o fotografie a pavilionului, avînd pe primul plan vizitatorii care au „invadat” localitatea datorită acestui important anunt.

1880 — BUGHIA: În anul 1880, cînd au fost inaugurate băile Bughia, din județul Muscel, antreprenorul stațiunii a publicat în



PROFILAXIE ȘI RECUPERARE

tății la toate vîrstele. Acești factori au importanță cu totul deosebită la vîrsta copilăriei, cînd, odată cu educația și instrucția, care formează personalitatea de mai tîrziu a adultului, este necesară și consolidarea sănătății, condiție obligatorie pentru un echilibru armonios psihic și fizic. De asemenea, trebuie să ținem în permanență seama că procesul de creștere impetuoasă a organismului la vîrsta copilăriei se face sub acțiunea celor doi factori esențiali: unul endogen, determinat genetic, și altul exogen, reprezentat de condițiile de mediu. Dintre factorii de mediu, alături de tipul de alimentație, condițiile de igienă individuală, familială sau a colectivității de copii un rol aproape covîrșitor în stimularea procesului de creștere îl au utilizarea rațională a factorilor de mediu. Utilizarea lor cît mai rațională și pe tot parcursul anului este necesar să se realizeze tocmai la domiciliu, unde copilul își trăiește cea mai mare parte din viață, adică trebuie să intre în modul obișnuit, cotidian al existenței și să nu se aștepte concediul părinților sau alt eveniment care este mult mai rar și mai izolat. În felul acesta se menține în permanență un nivel optim al stării de sănătate, care este un puternic mijloc de profilaxie al eventualelor îmbolnăviri. În ceea ce privește ideea de tratament balnear în sensul mai strict al cuvîntului, la domiciliu, desigur că posibilitățile de efectuare sînt mai limitate, dar totuși se poate efectua, și în acest sens mă limitez la două exemple: în cazul unor infecții acute sau cronicale ale pielii, dacă nu există contraindicații, de mare folos în combaterea și prevenirea acestora pot fi băile zilnice cu ceai de flori de mușețel. Acestea pot fi aplicate la orice vîrstă, începînd de la nou-născut, după ce s-a detașat bontul ombilicului. Înainte de detașarea bontului ombilical se pot face și este necesar să se facă băi parțiale ale nou-născutului cu ceai de flori de

mușețel. Un alt exemplu se referă la acțiunea binefăcătoare a razelor ultraviolete furnizate nu de o expunere matinală la soare, ci de lampa de ultraviolete chiar la domiciliu. Modul de folosire a lămpii cu raze ultraviolete trebuie să se facă sub stricta supraveghere a medicului.

5. Orice tratament balnear, mai ales în ceea ce privește copilul, este necesar să aibă ca punct de plecare indicația și avizul medicului pediatru. Medicul pediatru va recomanda și analizele ce trebuie făcute înainte de plecarea la sanatoriu a fiecărui copil în parte după examenul clinic în dublu scop. În primul rînd să verifice indicația de tratament și totodată dacă copilul nu are contraindicații care i-ar putea periclita sănătatea în loc să i-o întărească prin cura balneară. În legătură cu aceasta, am vrea să menționăm doar faptul că orice îmbolnăvire acută febrilă, frecvent infilită la copii, contraindică plecarea la tratament balnear pînă după vindecare. În al doilea rînd, medicul pediatru trebuie să vegheze și asupra stării de sănătate a colectivității de copii de la sanatoriu balnear, în care scop va interzice intrarea în această colectivitate a acelor copii care au boli acute febrile, se află în incubanța unor boli contagioase, au diaree, infecții ale pielii sau sînt parazitați. După tratamentul balnear copilul rămîne sub supravegherea medicului pediatru, care îi va urmări starea clinică și eventual va indica noi analize de laborator, pentru a vedea care a fost rezultatul și eficiența curei balneare asupra bolii pentru care a fost indicată.

**Răspunsuri consemnate de
dr. George M. GHEORGHE
și Cristian IONESCU**

„BĂI PENTRU BOLNAVI” ÎN BUCUREȘTI

În anul 1825 un francez, pe nume Lagarde, înaintea divanului Țării Românești o cerere prin care solicita dreptul de a construi o baie în Capitală, cu un privilegiu de zece ani. La 8 aprilie 1825, divanul adresează domnitorului Grigore D. Ghica un raport unde arată că „...vînd jeluțul înaintea noastră, ne-au arătat o foaie în ponturi, în ce chip este să dăsciză o baie”. Din respectivul raport aflăm „chipul” cum urma să fie alcătuită instalația băii, și anume: „sălașul” avea să aibă „10 odăi în bună stare, cu uși și ferestre bune, cu pămîrul lui și cu pat de scinduri pentru odihnă, cu o mesicioară și cu o oglindă, între

care este să fie cele trebuincioase pentru gătire”, avea două igghiaburi „care igghiaburi au să se păstreze curate și adesea se vor schimba ca-să se afle după gustul mușterului, apă caldă sau rece pîntre șurupuri și orice fel de frumoase mirositoare băi poate porunci cineva a să face. Și cîți, după cum se vor orîndui de dohtori ca să facă băi, toate cele trebuincioase ale dohtorii cu deopotrivă preț să vor găsi, precum și cîți vor voi să mehatrisească (să facă — n.n.) băi și cei orînduiți de dohtori vor afla în toată diastima (interval — n.n.) de vizită” cele necesare ca „să prînzească după o într-ădîns însemnare sau după porunca dohtorului” (desigur dietă — n.n.).

În raport se mai arată că „s-a scris dumealor dohtorilor Filitis și Arsache” să cerceteze cît sînt „aceste băi folositoare la sănătatea omenirii” și „s-a primit răspuns iarăși în scris de la 2 ale următorului atri-

TECHIRGHIOI 1899

ziarele din Capitală următorul anunț: „Sub-semnatul aduc la cunoștința Onor Public, că, începînd cu luna Malu, s-a deschis Băile din Cîmpulung (Bughia)... unde se găsesc la dispoziția Onor Vizitatorii: încăperi de cele necesarii, medic, lapte de capră roșie, zăr, mîncări gustoase, beuturi, dans, lăutari, biliard; toate cu precieri avantajoase”. Se putea ca bunicii noștri — mai ales cei din București — să reziste unei invitații atît de îmbietoare?

1899 — TECHIRGHIOI: Specialiștii au confirmat că nămolul din lacul Techirghiol este, așa cum s-a crezut de mai bine de 100 de ani, un remediu excepțional pen-





AEROSOLI: Pulverizație a unor substanțe lichide sau solide în mediu gazos. Pot fi aerosoli **naturali:** **marini** (formați din spargerea valurilor și care conțin clor, sodiu, brom etc.), **de pădure** (din condensarea picăturii de apă pe o suprafață volatilă) sau **artificiali** (formați prin dispersia unor medicamente sau ape minerale cu ajutorul unor aparate speciale). **Indicații:** afecțiuni ale aparatului respirator (bronșite cronice, rinoфарingite, rinite alergice, vegetații adenoidiene etc.); au efect general favorabil asupra organismului.

AFUZIUNE: Stropirea sau turnarea de apă alternantă caldă sau rece fără presiune pe suprafața pielii, urmărind influențarea activității vasculare în scopul adaptării acesteia la contrastele termice, precum și tonifierea peretelui venos. **Indicații:** stări de oboseală, varice incipiente, insomnii.

APE MINERALE: Ape naturale conținând substanțe minerale sau gaze în cantitate variabilă și avind o acțiune terapeutică verificată. Se recomandă în: **diverse afecțiuni ale**

stomacului — ape carbogazoase simple (Buziaș, Biborțeni, Covasna, Lipova, Zizin); bicarbonatate, sodice, carbogazoase (Bodoc, Covasna, Tinca); clorurate, bicarbonatate, sodice, carbogazoase („Slănic Moldova” 1 și 1 bis); bicarbonatate, clorurate, sodice, carbogazoase (Hebe, Malnaș); **afecțiuni intestinale:** ape bicarbonatate, calce, magneziene (Borsec, Biborțeni); bicarbonatate, mixte, sodice, calce (Bodoc, Zizin, Biborțeni), clorurate, sulfatate, sodice, calce (Slănic Moldova, Sîngeorzi); **afecțiunile ficatului și căilor biliare:** ape alcaline carbogazoase (Bodoc, Covasna, Malnaș, Tinca), clorurate, bicarbonatate, sodice (Tușnad, Slănic Moldova 1 și 1 bis), bicarbonatate, clorurate, sodice (Sîngiorz, Vilcele), clorurate, sodice, calce, sulfuroase (Căciulata); **afecțiunile renale și ale căilor urinare:** ape carbogazoase, bicarbonatate mixte (Biborțeni, Buziaș, Zizin, Nemere), alcaline, carbogazoase (Bodoc, Malnaș, Tinca), carbogazoase simple (Buziaș, Biborțeni, Boholtz, Perla Cașin), sulfuroase, clorurate mixte (Căciulata); **bolile de**

nutriție: ape alcaline simple sau mixte folosite în formele ușoare de diabet și gută (Șaru Dornei, Covasna, Borsec, Nemere); **bolile căilor aeriene superioare:** ape alcaline sau clorurate sodice (Slănic Moldova, Sîngeorzi, Malnaș), sulfuroase (Căciulata).

BAIE DE AER: Metodă hidroterapeutică avind la bază acțiunea excitantului termic (apa caldă) și excitantului mecanic (bulele de aer) asupra organismului, cu acțiune sedativă. **Indicații:** nevroză astenică, sindrom de menopauză, decompensări neuropsihice, spondiloză cervicală, boală ulceroasă etc.

BAIE DE AMIDON: Procedură hidroterapeutică cu folosirea amidonului în scopul calmării durerilor, favorizarea resorbției proceselor inflamatorii și hematoamelor posttraumatice.

BAIE DE ACE DE PIN: Conținind uleiuri eterice, extractul de ace de pin are acțiune calmantă generală și efect dezodorizant. **Indicații:** distonii neurovegetative, nevroză astenică, sindrom de climacteriu.

BAIE GALVANICĂ GENERALĂ: Procedeu electroterapeutic bazat

lie... coprinzător că au cercetat ponturile ce le-au dat juleitorul pentru meșteșugul acestor băi”.

Cei doi „dohtori” „au luat piroforie (informație — n.n.) că acest fel de băi sunt și trebuincioase și foloșitoare la multe boale, mai ales că mulți din bolnavi avind trebuință de acest fel de băi și neavind mijloc a le face în casele lor, poate să se înlesnească cu urmare aceasta. De aceea”, își încheie divanul anafora, „făcînd și noi cuvințioasa chibzuire... că de vreme ce deschidera acestor... privește folosul sănătății omenirii” și „nu pricinuieste nici o zădărnire (stîngherie — n.n.) la celelalte băi unde merg oamenii dă să spală de murdălic, fiind această baie numai pentru bolnavi... găsim cu cale să dea voie și slobozenie... să dăschiză această baie, unde va găsi loc cuvințios”.

La 15 aprilie 1825, domnitorul încuviință construirea primei băi hidroterapeutice din București, situată lîngă casa Belicului, pe actuala Cale Șerban Vodă, cea dintîi dotată cu apă curentă, care venea „pîntre șurupuri”, deci prin robinete. De fapt, din anul 1821 la Spitalul „Filantropia” funcționa un pavilion de băi, rezervat numai bolnavilor acestui spital, dar care nu era un stabiliment balnear aparte, și se afla pe actuala stradă Știrbei Vodă, în spatele palatului domnesc, nu departe de biserica Kretzulescu.

Dr. Constantin SIMIONESCU

BALTA ALBĂ 1854

tru tratarea bolilor reumatice. Bolnavii îl foloseau însă fără nici o prescripție și fără nici o regulă. Dar iată că la 20 septembrie 1899, un anume Ion Movilă inaugurează „Băile Techirghiol” — primul pavilion care dispune de cîteva instalații necesare tratamentelor supravegheate de un medic. După numai cîteva săptămîni, Eforia Spitalelor Civile din București inaugurează cel de-al doilea pavilion de la Techirghiol, în care vor fi primiți, cu precădere, școlari trimiși din Capitală pentru tratamente.

Ion MUNTEANU



pe folosirea proprietății curentului galvanic pus în contact prin intermediul apei cu suprafața pielii. **Indicații:** nevralgii, mialgii, entorse, edeme posttraumatice, artroze, discopatii, nevrite, sechele algice postoperatorii, periartrită scapulo-humerală etc.

BAIE DE IOD: Are o acțiune dezinfectantă și favorizantă a resorbției inflamațiilor cronice. Influențează, de asemenea, funcția tiroidei și metabolismul grăsimilor. **Indicații:** artroze, spondiloză, afecțiuni ginecologice inflamatorii, pitiriazis verzicolar etc.

BAIE DE NĂMOL: Se bazează pe efectele termice, mecanice și chimice ale nămolului asupra organismului. **Indicații:** artroze, spondiloză, afecțiuni ginecologice.

BAIE DE MENTĂ: Uleiul bogat în mentol și mentonă conținut în frunzele de mentă are o acțiune răcoritoare, slab antiseptică și spasmolitică. **Indicații:** nevroză astenică și sindrom de climacterium.

BAIE CU PERIA: Metoda hidroterapică bazată pe acțiunea excitantului termic rece și al celui mecanic asupra circulației sanguine. **Indicații:** căderea organismului, astenie, reactivizarea circulației generale a singelui.

BAIE CU SARE DE BUCĂTĂRIE: Clorura de sodiu îmbunătățește circulația sanguină la nivelul țesuturilor profunde, favorizând resorbția proceselor inflamatorii cronice. **Indicații:** spondiloză, artroze, tendinoze și fibrozite, periartrite scapulo-humerale.

BAIE DE ȘEZUT: metoda hidroterapică cu aplicare parțială folosind excitantul termic — cald sau rece. **Indicații:** constipație atonă, hemoroizi sîngerini, insomnii, colică renală, cistită, prostatită cronică.

CATAPLASMĂ: Aplicarea unor substanțe umede (pastă de plante sau alte substanțe) sau uscate (sare, nisip, țărțe) la diferite temperaturi, pe anumite regiuni ale corpului. Cataplasmele calde au efect antialgic, antispastic, miorelaxant, iar cele reci au efect antitermic, vasoconstrictor, antiinflamator și antihemoragic.

CULTURĂ FIZICĂ MEDICALĂ: Gimnastică medicală cu scop profilactic, tratament curativ și de recuperare a deficiențelor fizice. **Indicații:** afecțiuni ale aparatului locomotor de origine reumatismală, neurologică și ortopedică.

CURĂ DE TEREN: Mers dozat pe trasee speciale folosite în scopul antrenării la efort a inimii și plămînilor cit și al creșterii tonusului neuromuscular. **Indicații:** tulburări de circulație periferică, afecțiuni ale aparatului respirator și cardiovascular.

CURENȚI DIADINAMICI: Varietate de curent galvanofaradic, cu acțiune antialgică, hiperemizantă și antispastică. **Indicații:** întinderi de ligamente, entorse, artroze, artrite, nevralgii.

DUȘ: Metodă hidroterapică bazată pe folosirea efectelor termice și mecanice ale apei sub presiune. Există diferite tipuri: **duș scoțian** (indicat în combaterea obezității, constipației și în hipotiroidie); **duș subacval** (indicat în afecțiunile aparatului locomotor, afecțiuni post-traumatice și neurologice, varice incipiente și constipație); **duș-masaj** (folosit pentru recuperarea funcțională în bolile aparatului locomotor de origine reumatică, traumatică, neurologică).

INFRAROȘII: Raze calorice care pot proveni de la soare sau de la diverse aparate (Sollux) de diferite mărimi — 40 W, 500 W, 2.000 W. Proiectarea lor pe suprafața pielii determină vasodilatație cutanată, evidențiată prin înroșirea zonei expuse și activarea secreției glandelor sudoripare. **Indicații:** reumatism degenerativ articular și abarticular, sechele neurologice, diverse afecțiuni digestive și genito-urinare.

INHALAȚII: Inspirarea în scop terapeutic a aerului sau a unor soluții medicamentoase sau ape minerale. Au acțiune antiinflamatorie, antialergică și antiseptică.

IMPACHETĂRI CU NĂMOL: Procedură balneoterapică constind în aplicarea pe întregul corp sau pe o regiune limitată a nămolului încălzit, cumînd efectele termoterapiei cu cele ale excitantului chimic. **Indicații:** afecțiuni ale aparatului locomotor de natură reumatismală, posttraumatică și neurologică și afecțiuni ginecologice.

IMPACHETĂRI CU PARAFINĂ: Aplicare pe regiuni limitate de parafină topită cu scopul de a realiza prin transferul căldurii la nivelul țesuturilor a unor efecte antialgice, decontracturante și hipermiante. **Indicații:** artroze, lumbago cronic, periartrită scapulo-humerală.

MAGNETODIAFLUX: Procedeu electroterapic prin care este folosită influența calmantă a cîmpurilor electromagnetice generate de curenții de joasă frecvență (în administrare continuă sau întreruptă, ritmică sau aritmică) asupra reactivității organismului. **Indicații:** nevroză anxioasă, distonii neurovegetative, tendințe la spasticitate.

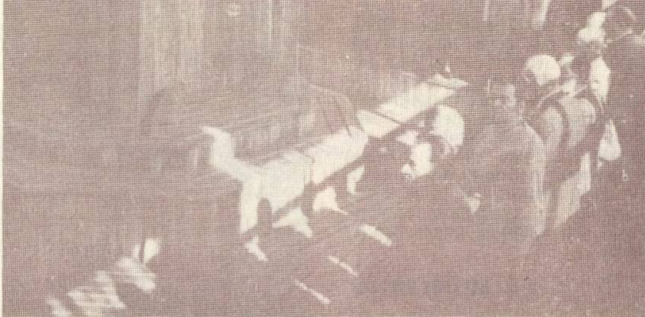
MOFETE: Surse de gaze care se ivesc la suprafața solului sub formă de emanații uscate, în special de bioxid de carbon. Sînt recomandate mai ales la suferinzi cu indicație pentru cura externă carbogazoasă, dar care nu pot primi băi datorită unor ulcerații sau gangrene sau la cei care nu suportă presiune mecanică a apei în baie datorită insuficiențelor respiratorii sau cardiace. Indicată și în boala Raynaud, arterita aterosclerotică periferică și ulcerul varicos.

SAUNĂ: Metodă balneoterapică folosind efectul aerului supra încălzit asupra organismului, urmat de o procedură de răcire bruscă (plonjare în apă rece). Realizează îmbunătățirea mecanismelor de adaptare ale organismului la condițiile mediului extern. Se mai recomandă în obezitate, gută, predispoziție la acnee și furunculoză.

ULTRASUNETE: Procedură electroterapică, utilizînd vibrațiile mecanice, care se aplică direct pe tegumente cu ajutorul unei mase uleioase sau sub apă la distanță de 4 cm cu ajutorul unui emițător. Produce efecte termice de profunzime, mecanice, chimice și apariția de efecte electrice secundare; mărește viteza unor reacții chimice. **Indicații:** spondilită, artrozele, patritrile scapulo-humerale, cicatricele cheloidice.

ULTRAVIOLETE: Raze solare sau realizate prin aparate speciale pe bază de lămpi cu mercur folosite în scop terapeutic pentru efectul lor asupra metabolismului, în special asupra metabolismului steroizilor și al vitaminei D. **Indicații:** profilaxia rahitismului, debilitate, dermatoză alergice, dermatoză scuamoasă, hipofuncții tiroidiene și ovariene t.b.c. osoase.

Interior de mofetă la Covasna





hipo- terapia

Inteligența, voința, răbdarea omului și nevoia de a folosi calul pentru muncă și alte activități au contribuit ca acest animal când a fost domesticit să-i devină ajutor și prieten nedespărțit. Pe vremuri, singura posibilitate de locomoție rapidă, calul a devenit as-

tăzi și un mijloc util în tratarea copiilor cu anumite handicapuri fizice.

Hipoterapia a fost practică în Evul mediu în vindecarea unor boli fizice și psihice, de medici ca H. Cardamus (1501—1576), Christian Jann (în jurul 1757) și Friederich Hoffman (1719). În anii noștri, un caz apare semnificativ, al danezei Lis Hartel, care, după ce în copilărie a petrecut 5 ani pe un scaun cu rotile, datorită poliomielitei, i s-a aplicat ca terapie și călăria. Ulterior ea s-a impus în probele de dresaj, reușind chiar să câștige medalii de argint la olimpiadele de la Helsinki (1952) și Stockholm (1956).

În câteva țări — R.F. Germania, Anglia, Franța, Olanda, hipoterapia se practică de peste două decenii. Astfel, în orașul La Haye (Olanda) s-a inaugurat o instituție de reeducare și recuperare a copiilor handicapați fizic, cărora li se oferă în loc de medicamente și tratamente complicate... un cal.

Care este secretul hipoterapiei? În primul rând este necesară puțină autosugestie. La handicapații fizici, din cauza tulburărilor sistemului nervos central, ordinea date de creier nu sînt executate sau coordonate de mișcările bolnavului. Copilul handicapat stînd în șa sau direct pe spinarea calului (la început pe cai mici de statură sau pe ponei) își recapătă încetul cu încetul încrederea în sine, constatînd că merge de parcă i-ar fi crescut noi picioare. Căldura calului deconectează grupele musculare ale călărețului și îi dă posibilitatea să-și conducă singur calul; renunțîndu-se treptat la mersul la coardă, călărețul își poate perfecționa mersul, alternîndu-l cu opriri, întoarceri, volte și chiar sărituri mici. Toate aceste mișcări îi sugerează cu timpul călărețului să-și încerce coordonarea mișcării fără cal, să arate că poate să meargă pe propriile picioare.

Hipoterapia s-a aplicat cu bune rezultate și în boala Parkinson, lumbago, diferite maladii cardiovasculare.

CÎTEVA DATE DESPRE SPELEO- TERAPIE

În timpul celui de-al doilea război mondial, mulți oameni s-au adăpostit în cursul bombardamentelor aeriene și al luptelor în diferite peșteri. Printre refugiați au fost și suferinzi de astm sau bronșită, care au constat cu surprindere că, după o ședere de câteva zile în peșteri, suferințele li s-au alinat pentru o perioadă de timp. După război aceste observații au stat la baza unor minuoase cercetări științifice efectuate în numeroase țări, confirmîndu-se valoroasa acțiune terapeutică a cunei de peșteră sau de salină, în astmul bronșic, insuficiențele respiratorii, alergiile respiratorii, bronșite, creșterea potențialului psihic, fapt ce a determinat organizarea acestor locuri pentru tratament.

De exemplu, în salinele de la Solotvino (R.S.S. Ucraineană), situate la o adîncime de 206 m, s-au ame-

najat din anul 1968 încăperi speciale cu 2-3 paturi unde se efectuează cure de 4 săptămîni. Cercetările desfășurate timp de patru ani au ajuns la concluzia că la 11 la sută din bolnavii de astm sau de bronșită s-au obținut rezultate foarte bune, iar la 80 la sută rezultate bune. În peștera Bekebarlang (R.P. Ungară) s-a organizat cura din anul 1959. În perioada 1959-1972 s-a constatat o ameliorare trecătoare sau constantă la 87 la sută dintre pacienți, 67 la sută dintre ei reducînd sau sistînd complet tratamentul medicamentos în perioada cunei în subteran.

Dintre numeroși factori cu acțiune terapeutică în timpul acestei cure, cercetătorii menționează: valoarea constantă a temperaturii aerului, mai scăzută față de valoarea temperaturii de la suprafață (de exemplu, în Peștera „Kluter” din R.F.G. cu 8-11 grade C, în salinele de la Solotvino cu 16-18 grade C, iar în salina Praid, din țara noastră, cu 15-16 grade C); umiditatea relativ crescută (între 98 și 100 la sută), aerul fiind saturat de vapori de apă; viteza foarte redusă sau absentă a curentului de aer (de exemplu, în Peștera Bekebarlang din R.P. Ungară, viteza este de 0,5 m/secundă, iar în Salina Praid de 0,072 m/secundă); liniștea completă; lipsa luminii naturale, a alergenilor, noxelor iritante și a microorganismelor dăunătoare căilor respiratorii, gra-

dul înalt de ionizare a atmosferei pe unitatea de suprafață, bogăția de aerioni salini, precum și concentrația scăzută a ozonului conferă aerului o puritate foarte ridicată; un oarecare grad de radioactivitate creat prin dezintegrarea Radonului 222, care emană radiații alfa și beta, contribuie la intensificarea ionizării aerului și explică efectele favorabile ale predominanței ionilor negativi; un microclimat confortabil, datorită temperaturii aerului, ale cărei valori sînt între 16-35 grade C și 17-38 grade C; concentrația constantă a bixidului de carbon, de aproximativ zece ori mai scăzută decît la suprafață (de exemplu, în Salina Praid, între 0,06 și 0,08 la sută).

Încercări de a se asigura la suprafață factorii specifici ai microclimatului din peșteri și saline, în încăperi special amenajate sau de a se „importa” aerul din subteran în aceste încăperi s-a soldat cu rezultate negative, confirmîndu-se faptul că acești factori — inclusiv peștera sau salina — reprezintă suportul speleoterapiei.

Prezentînd cîteva date despre speleoterapie, amintim cititorilor că ea se realizează în țara noastră la salinele de la Ocna Mureșului — județul Alba, Praid — județul Harghita, Tg. Ocna — județul Bacău și Slănic — județul Prahova.

**Farm. Imre CSETRI
Toplița**

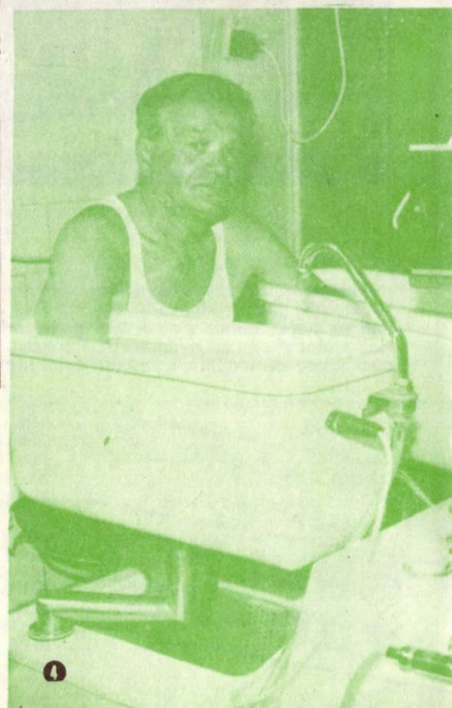
PROCEDURI TERAPEUTICE



1



2



4



3



5



ată câteva dintre numeroasele proceduri terapeutice realizabile în stațiunile balneoclimaterice din țara noastră: 1) Hidrokinetoterapie (indicată în afecțiunile neurologice); 2) Ultrascurte (recomandate în numeroase boli reumatismale); 3) Scripetoterapie (metodă aplicată în cadrul gimnasticii medicale); 4) Baie galvanică (pentru suferinzi de reumatism și boli circulatorii ale membrilor); 5) Baie cu bule de aer (pentru cardiovasculari).



STAȚIUNI BALNEARE MAI PUȚIN CUNOSCUTE

Ne propunem în rândurile de față să înfățișăm cititorilor interesați câteva stațiuni balneoclimaterice, relativ mai puțin cunoscute, stațiuni cu caracter sezonier și permanent, care prin valoarea terapeutică a potențialului lor balnear și cea climatică, conferite de zona geografică, merită a fi căutate și solicitate cu mai multă încredere de cei ale căror suferințe pot beneficia de efectele lor binefăcătoare, în tot cursul anului.

BĂLTĂTEȘTI — NEAMȚ, situată la 28 km de Piatra-Neamț și 12 km de Tg. Neamț în zona subcarpaților orientali, într-o regiune colinară cu păduri și livezi (altitudine 475 m), beneficiază de o climă continentală deluroasă cu aer uscat și ozonat. **Indicații terapeutice:** apele sale minerale sărate și sulfuroase, unele iodurate și bromurate, concentrate au o mare valoare terapeutică în tratamentul bolilor reumatice degenerative (toate formele de spondiloză și artroze cu diferite localizări), formelor de reumatism abarticlar (tendinoze, periartrite etc.), a afecțiunilor sechelare posttraumatice diverse, a unor afecțiuni neurologice periferice (pareze musculare, sechele după poliomielită), a unor afecțiuni ginecologice (insuficiențe ovariene, cervită cronică), precum și a unor suferințe asociate: endocrine, dermatologice, respiratorii. **Instalații de cură:** băi în vane și în bazine (interior și în aer liber), instalații de hidroterapie și electroterapie, sală de gimnastică medicală.

CALACEA — TIMIȘ este situată în Cîmpia Vingăi,

la 38 km de Timișoara și 35 km de Arad. Are un bioclimat de cruțare în climat continental. Dispune de ape minerale termale hipotone, bicarbonatate, clorurate-sodice. **Indicații terapeutice:** afecțiuni reumatismale degenerative cu diverse localizări, reumatism abarticlar (tendinoze, periartrite), afecțiuni renale și ale căilor urinare (litiază renală). **Instalații de cură:** băi în vane cu apă minerală termală; instalații de hidrotermoterapie și electroterapie. **Cazarea** este asigurată în vile, iar în sezon se mai adaugă un popas turistic cu 80 de locuri în căsuțe.

SĂCELU — GORJ, situată în zona subcarpaților meridionali (altitudine 340 m), la 30 km de Tg. Jiu și 25 km de Tg. Cărbunest, are un bioclimat de cruțare. Dispune de valoroase izvoare de ape minerale (sulfuroase, clorurate, iodurate, bromurate-sodice) și de nămol mineral. **Indicații terapeutice:** afecțiuni reumatismale degenerative (spondiloze, artroze diferite), inflamatorii cronice și abarticulare (tendinoze, periartrite); stări posttraumatice ale aparatului locomotor;

Complexul balnear U.G.S.R. din stațiunea Covasna



afecțiuni neurologice periferice, ginecologice (metroanexite cronice, insuficiență ovariană) sau asociate (ale tubului digestiv și ale căilor urinare). **Instalații de cură:** băi cu ape minerale (în vane și în bazin), instalații pentru ungeri cu nămol, pentru electroterapie, ștrand pentru aerohelioterapie, buvete pentru cura internă cu ape minerale. **Cazarea** este asigurată în vile cu încălzire centrală.

BOGHIȘ — SĂLAJ se află la circa 45 km de Zălau și este o stațiune cu o mare valoare terapeutică în sfera afecțiunilor reumatismale. Dispune de ape minerale termale sulfuroase — sulfatate, cu mare valoare terapeutică recunoscute de cei suferinzi de reumatism ce vin în mod repetat la tratament în orice anotimp al anului. **Indicații terapeutice:** afecțiuni reumatismale cronice — degenerative, inflamatorii, abarticulare; sechele posttraumatice ale aparatului locomotor. **Instalații de cură:** băi cu ape minerale (în vane și în 3 bazine cu apă termală în aer liber), instalații de electroterapie, masaj. **Cazarea:** în afara celor 50 de locuri permanente, în camere cu două paturi (cu încălzire centrală), stațiunea dispune vara de căsuțe ale O.J.T. (300 de locuri) și UCECOM (100 de locuri) și de 150 locuri de cazare în locuințele din comună.

BALVANYOS — COVASNA: În general, multă lume și în special bolnavii cardiovasculari cunosc valoarea și eficiența terapeutică a unor stațiuni balneare recunoscute ca Buziaș, Covasna, Vatra Dornei, dar prea puțini au auzit despre valoarea terapeutică a băilor de la Balvanyos. Aceasta este o stațiune balneoclimaterică cu caracter permanent, situată la 20 km de Tg. Secuiesc și 81 km de Brașov. Este amplasată într-un frumos parc natural, la poalele Munților Bodoc, într-o regiune înconjurată de păduri de fag, la altitudinea de 775 m. Situația geografică îi conferă un bioclimat tonic stimulent. Apele minerale de care dispune sînt carbogazoase, feruginoase, calcice, hipotone. **Indicații terapeutice:** afecțiuni cardiovasculare (hipertensiune arterială, insuficiență mitrală și aortică compensată, arteriopatii periferice aterosclerotice), afecțiuni asociate (nevroză astenică, afecțiuni reumatismale degenerative, boli profesionale). **Instalațiile pentru cură:** băi calde cu apă mine-

rală carbogazoasă (în vane și bazine, în aer liber), mofete, instalații de hidroterapie și electroterapie. **Cazarea** este asigurată în hoteluri, Complexul sanatorial al U.G.S.R., vile și în popasul turistic, cu locuri în căsuțe și teren pentru corturi.

TINCA — BIHOR: Stațiune balneoclimaterică permanentă, situată în Cimpia Crișurilor, pe malul drept al râului Crișul Negru (altitudine 131 m) la 36 km sud de Oradea și 25 km de Salonta. Are o climă continentală moderată, cu veri răcoroase și ierni moderate, asemănătoare celei de la Băile Felix. Dispune de ape minerale bicarbonatate, calcice, magneziene, sodice, carbogazoase, într-un bioclimat sedativ, de cruțare. **Indicații terapeutice:** afecțiuni ale tubului digestiv (gastrita cronică hiperacidă, ulcere gastrice și duodenale, colopatii cronice nespecifice, constipație cronică); afecțiuni hepatobiliare (diskinezie biliară, colecistita cronică necalculoasă sau calculoasă, stări după ficat operat, hepatita cronică, pancreatita cronică); afecțiuni metabolice și de nutriție (diabet zaharat); afecțiuni asociate (reumatisme degenerative și abarticulare, afecțiuni neurologice periferice, cardiovasculare, ale rinichiului și căilor urinare, boli profesionale). Rezultă din această enumerare, marele potențial terapeutic al resurselor naturale ale stațiunii în sfera foarte largă a bolilor digestive. **Instalații de tratament:** buvete pentru cura internă cu apă minerală; instalații pentru băi calde în vane, cu apă minerală; instalații de electroterapie. **Cazarea** este asigurată într-un pavilion cu bază proprie de tratament și în vile.

Este evident că pentru o cură balneară și în aceste stațiuni este necesară indicația medicului specialist de la dispensarul policlinic teritorial.

Dr. Andrei RĂDULESCU
Institutul de medicină fizică,
balneoclimatologie și recuperare medicală

O imagine bine cunoscută —
pavilionul balnear
din stațiunea Călimănești.



IZVOARE DE SĂNĂTATE



ORIZONTAL: 1) Stațiune pe valea Cernel, cunoscută de pe vremea Romanilor. 2) Vila 32 din Eforie! — Este asigurată în stațiuni prin cantine bine organizate — Ieșire! 3) Stațiune balneoclimaterică în munții Apuseni, cu un climat de crutare — Răsare soarele! 4) Traseul planetei Pământ în jurul Soarelui — A coase pe margini 5) La ieșirea din Năvodari! — Stațiune balneoclimaterică din județul Harghita cu o renumită apă minerală de masă. 6) Uium (inv.) — La intrarea în sanatoriu! — Cugete! 7) Pe lângă tratamentul medical acest element de preț al naturii contribuie la refacerea sănătății în stațiunile noastre — Ales. 8) Stațiune balneară în Bărgan care a cunoscut o puternică dezvoltare în ultimii ani — La intrarea în Sovata! 9) Membri ai corpului diplomatic — La un an o dată. 10) Striat — Stațiune balneoclimaterică din județul Sibiu, recomandată pentru boli reumatismale. 11) Pentru recrearea și refacerea capacității de muncă a cetățenilor patriei noastre — La Sinaia și în Singiorz!

VERTICAL: 1) Stațiune bal-

neoclimaterică din județul Brașov — Distrus prin foc. 2) Două stațiuni cu același nume pe litoral — Atît (mod. inv.). 3) Nota bene — Perla a litoralului românesc. 4) Stațiune climaterică la poalele munților Ciucaș, recomandată în tratarea asteniei, surmenajului fizic și intelectual — Trimis la altul. 5) I s-a dorit multă, multă sănătate! — Ca apa mării (masc. pl.). 6) Trecută cu vederea — Din Sărata! 7) Lac de origine vulcanică, important punct turistic lângă stațiunea Tușnad — Aliment — Fiu la arabi. 8), Poftim la Tușnad! — Pește! — în centrul Borsecului! — Usturoi (reg. 9) Renunțată stațiune balneoclimaterică unde se îmbuteliază apa minerală „Hebe”. 10) Stațiune balneoclimaterică din județul Mureș — Perioade de timp. 11) Localitate situată pe versantul sudic al munților Harghita unde se face speleoterapie — Astăzi și el beneficiază de odihnă și tratament în stațiunile balneoclimaterice.

Diționar: SOA, ATAT, IBN.
Vasile VASILACHE
Cercul rebusist „SFINX”
Bacău



ORIZONTAL: 1) Preparat din germeni patogeni, asigură imunizarea organismului — A-și pune viața în pericol. 2) Formă de consultație medicală necesară pentru obținerea unor date privind antecedentele bolii — Pumn (inv. reg.). 3) Prescripție medicală în repetare (abr.) — Inflamație acută sau cronică a mucoasei segmentelor fibrocartilagiinoși ai căilor respiratorii. 4) Începe istoveala! — Boală a ficatului și a vezicii biliare. 5) Afecțiune a urechii — Aceasta. 6)

Respectarea întocmai a normelor de protecția muncii face posibilă evitarea acestor forme de alterare a structurii țesuturilor sau organelor (fem. sg.). — Camera 145 de la izolare! 7) Prima literă din alfabetul slavon — Crucea Roșie — Cu fața îmbujorată, semn de sănătate. 8) Pană — Organ central al aparatului circulator — Top gol! 9) Care se referă la ser — Șa — Expansiune citoplasmică filiformă a unei celule sau a unui microorganism. 10) A depune eforturi — Carbonat de sodiu. 11) Soarele vechilor egipteni — Comică — Un pic de bomboană! 12) Sfișit de viață (fig.) — Afecțiune a țesuturilor renale.

VERTICAL: 1) Infecție virală umană foarte gravă în curs de eradicare pe scară mondială — Cadru sanitar care asigură aplicarea măsurilor de prevenire și apărare împotriva bolilor. 2) Procedeu medical de diminuare sau de suprimare a sensibilității la dureri — Apel! 3) Extremitatea superioară a corpului ome-nesc — Miros aparte — Curent (abr.). 4) Cabinet medical (abr.) — Moral — Floarea ochiului. 5) Început de intoxicație! — Una din cele două camere din partea superioară a inimii. 6) Organ de transmisie a impulsului nervos —

Prenume masculin. 7) Verigă de lanț — Acțiune strict necesară pentru pătrunderea aerului curat în orice încăpere. 8) Măduva spinării — Duma și-a pierdut capul! — Început de afecțiune! 9) Boală infecțioasă a pielii care necesită un consult atent al dermatologului. 10) Unități medicale curativoprofilactice — A prevesti ceva rău. 11) Riduri — Substanță care neutralizează acțiunea unei otrăvi, a unui virus în organism. 12) Stațiune balneoclimaterică din Bărgan, recomandată pentru tratarea bolilor reumatismale — A ameliora o stare acută (fig).

Diționar: PUM, REP, CIL, CRT, INT, UMA.
Petru BANU
Cercul rebusist „SFINX”
Bacău

PROFILACTICĂ

GIMNASTICĂ ÎN CONCEDIU



O concepție greșită este aceea a odihnei „totale” în perioada de concediu. Asigurarea unei odihne active presupune neapărat mișcare, exerciții fizice, sport. Beneficiile unei asemenea vacanțe sînt activizarea marilor funcții (circulația, respirația, digestia), creșterea rezistenței organismului, dezvoltarea și perfecționarea calităților fizice, toate contribuind la sporirea randamentului intelectual și fizic, a potențialului biologic, deci a capacității de muncă.

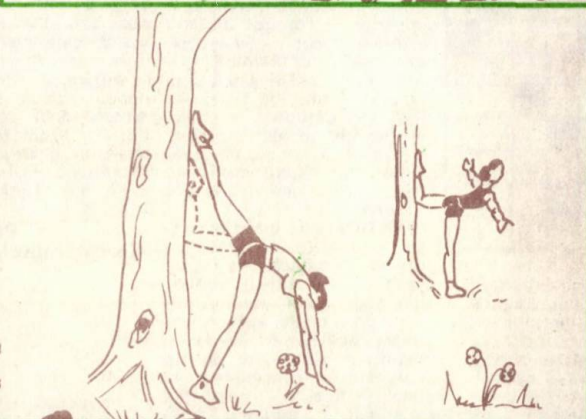
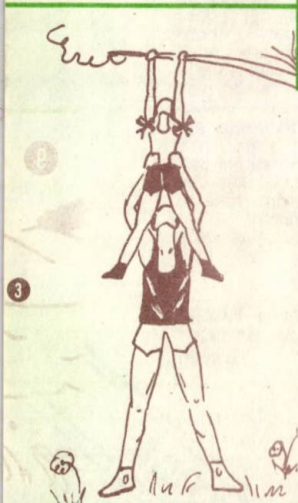
Cum trebuie să procedăm pentru a realiza o parte din aceste deziderate începînd chiar din primul nostru concediu? Iată o întrebare la care răspundem cu sprijinul specialiștilor Consiliului Național pentru Educație Fizică și Sport.

LA MUNTE

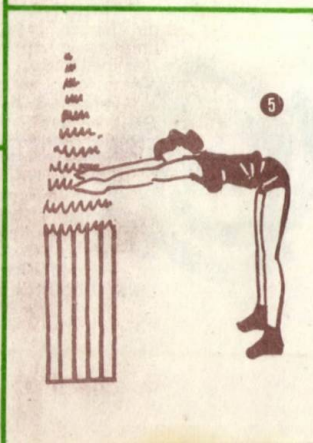
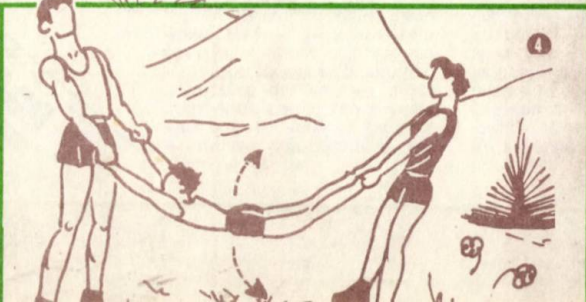
prin lateral; relaxare liberă. Se execută de 4—6 ori.

Exercițiul nr. 1. Stînd depărtat cu spatele la copac: rotări mici și mari cu brațele înainte, lateral, arcuiri, balansări; extensia trunchiului cu ducerea brațelor în sus cu apucarea trunchiului copacului

Exercițiul nr. 2: Stînd cu fața la copac, ridicarea piciorului îndoit înainte cu sprijinirea tălpii pe trunchiul acestuia și întinderea lentă a genunchiului cu îndoirea corpului înainte și apropierea frunții de genunchi. Se repetă de



LA MUNTE



4—6 ori, apoi se execută și cu celălalt picior.

Exercițiul nr. 3: Mama stă în poziția „sprijin ghemuit”, cu spatele la copac: ridicarea piciorului îndoit la spate; se întinde încet sprijinit pe copac. Se va încerca ridicarea trunchiului cât mai sus, cu brațele lateral. Se repetă de 2—3 ori, apoi se execută și cu celălalt picior. Tata ridică copilul de mijloc în atârnat de o creangă, apoi îl lasă în această poziție câteva secunde după care îl dă jos. Este un exercițiu excelent de brațe pentru tată și pentru coloana vertebrală a copilului. Se execută de 5—6 ori.

Exercițiul nr. 4: „Hamacul”. Părinții din poziția „stînd depărtat față în față” îl apucă de miini și de glezne pe copil; legănarea lui în această poziție. Exercițiul este

bun pentru musculatura brațelor și excelent pentru întregul aparat locomotor al copilului.

Exercițiul nr. 5: Stînd depărtat se execută îndoirea trunchiului înainte la orizontală cu miinile sprijinite pe gard, masă etc. cu arcuirea liberă a trunchiului și revenire. Exercițiul este recomandat pentru combaterea spondilozei și atitudinilor vicioase ale coloanei vertebrale. Se repetă de 5—6 ori.

LA MARE

Exercițiul nr. 6: Pe plajă se plasează 4—5 obstacole (moviile de nisip, pietre, mingi etc.). Alergare liberă cu pas lung, cu săritură peste obstacole alternativ, cu un picior și cu celălalt. Se repetă pînă la apariția senzației de oboseală.

Exercițiul nr. 7: Stînd în apă se execută sărituri cu mingea cu ridicarea genunchilor la piept sau depărtarea picioarelor lateral, cu ridicarea brațelor lateral-sus, cu rotații variate și cu „batera” apei cu miinile, cu picioarele.

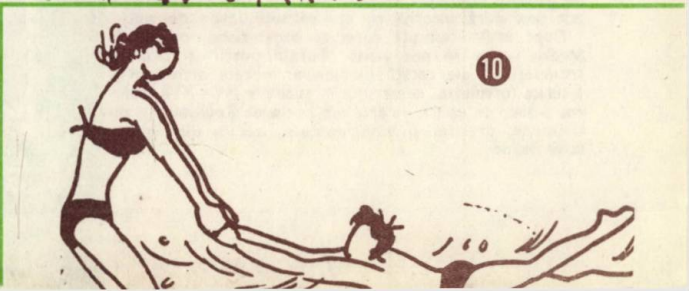
Exercițiul nr. 8: Stînd în apă, se joacă volei — cu mingea de cauciuc sau de plastic în doi sau cu toți membrii familiei, în grup etc.

Exercițiul nr. 9: Culcat pe spate la malul mării „talazoterapia” sau „hidromasajul” este un procedeu sănătos, recomandat pentru menținerea prospeții epidermei și stimularea circulației.

Exercițiul nr. 10: Tracțiunea partenerului sau a copilului care execută cu picioarele craul, ghemuirii, depărtări de picioare.



LA MARE





OCNA SIBIULUI

Ocna Sibiului și-a creat faima terapeutică încă din Evul mediu, când vechile guri de exploatare ale sării au devenit lacuri cu apă clorurată. Așezată pe valea pârului Alb, afluent al Tirnavei Mari, la 408 m altitudine, Ocna Sibiului devine loc de tratament din secolul al XVI-lea.

Lacurile helioterme de aici o situează pe același plan cu Sovata, concentrația de 180—260 mg la litru a apelor din lacurile „Horia”, „Cloșca”, „Crișan” situându-o între primele stațiuni europene. Diluate și încălzite la 36—38 grade C, aceste ape sînt indicate în cura externă, în afecțiuni ale aparatului locomotor, sistemului nervos periferic și ginecologice. Izvorul „Horia”, cu apa clorurosodică, bicarbonată, izotonă, slab mineralizată, oferă posibilitatea bolnavilor de gastrite hipo sau anacide să efectueze și cură internă.

Un complex sanatorial, numeroase vile, restaurante-pensiune și un camping asigură condiții confortabile de cazare și masă.

Toate aceste caracteristici fac din Ocna Sibiului o valoroasă stațiune balneoclimaterică, favorabilă tratamentului, odihnei și relaxării.

Vizitatorii au posibilitatea să cunoască aici importante monumente ale naturii („Lacul fără fund”) și arhitectonice, cum sînt fortificația medievală din secolul XVIII, biserica reformată construită în secolele XIII—XIV, biserica ctitorită de Mihai Viteazul și renovată de Constantin Brîncoveanu, să facă excursii la Sibiu și în localitățile învecinate.

BAZNA

Așezată în zona dealurilor dintre riurile Tirnava Mică și Tirnava Mare, stațiunea balneoclimaterică Bazna este menționată în documentele vremii încă din anul 1749, când apele minerale de aici sînt citate în lucrarea „Memoriale Europae”. Imediat după anul 1880 se fac primele studii asupra izvoarelor cu ape clorurate sodice, iodurate, bromurate. Astăzi ele sînt captate cu ajutorul a 13 sonde, din apa clorurată sodică extrăgîndu-se binecunoscuta „sare de Bazna”. Între factorii de cură se înscriu și nămolurile bituminose, exploatare de pe fundul celor patru lacuri din localitate și climatul continental moderat cu temperaturi ușor scăzute iarna (—4 grade C în ianuarie) și neexcesive vara (+18 grade C în iunie). Cele peste 100 de zile senine pe an asigură condiții bune helioterapiei și efectuării unor proceduri în aer liber (băi în bazine cu apă încălzită la 36—38 de grade C și onctiuni cu nămol).

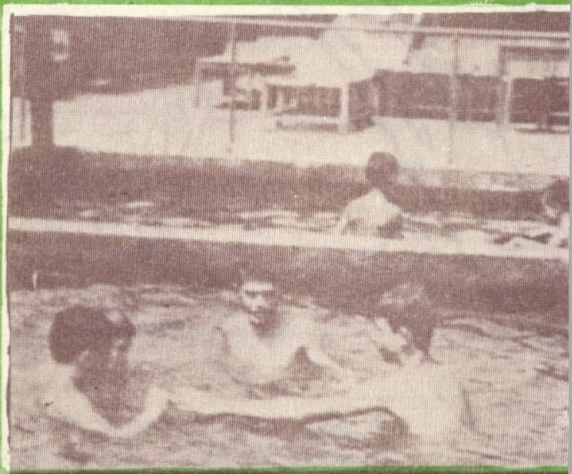
Cura externă este indicată în afecțiuni reumatismale, posttraumatice neurologice periferice, ginecologice și asociate (O.R.L., endocrine, boli profesionale). Suferinzi de gastrite hipoacide, hipoclorhidrii și constipații cronice pot face cură internă cu apa micului izvor de aici.

După orele dedicate curei se organizează excursii la Mediaș, unde se pot vizita „Turnul porții” și „Turnul trompeților” ale cetății medievale, muzeul municipal și biserica fortificată, construită în secolele XV—XVII, valoros tezaur de opere de artă din perioada Renasterii transilvănene, precum și monumentele istorice din vecinătatea Baznei.



În județul Sibiu

STAȚIUNI CARE VĂ AȘTEAPTĂ



MAGAZINELE SĂNĂTĂȚII



În anul 1983 magazinele „Plafar” vă oferă noi produse din „farmacia naturii”: frunze de alun (*Folium Coryli*), cu acțiune antihemoragică și antidiareică; frunze de coacăz negru (*Folium Ribis nigri*), hipotensoare; frunze de „trifoiște de baltă” (*Folium Trifolii fobrium*) tonice aperitive și indicate în afecțiunile ficatului; iarbă de „răscoage” (*Herba Epilobii*) puternic vitaminizantă, folosită și pentru realizarea unui ceai aromat; iarbă de „cinepa codrului” (*Herba Eupatorii*) diuretică și depurativă; iarbă de „crețușcă” (*Herba Ulmariae*) cu acțiune antireumatică; iarbă de „holeră” sau „spin” (*Herba Xanthi*) indicată în adenomul de prostată; făină de castan, eficientă în ulcere varicoase, sub formă de băi.

În Capitală, magazine „Plafar” s-au deschis în: str. Eforie nr. 8, str. 30 Decembrie nr. 32, Șos. Colentina nr. 1, Bd. Nicolae Titulescu nr. 94, str. Baba Novac nr. 11 A, Bd. 1 Mai nr. 28, Calea Dorobanți nr. 140, Șos. Pantelimon nr. 285, Bd. Metalurgiei nr. 44, bl. 1—5 (cartier Berceni), iar recent modernul magazin din str. Emil Bodnăraș 69, bl. C-13 (cartier Drumul Taberei).

În țară magazinele „Plafar” funcționează în municipiile Arad, Bacău, Baia Mare, Birlad, Botoșani, Brașov, Brăila, Buzău, Cluj-Napoca, Constanța, Drobeta Tr. Severin, Galați, Iași, Oradea, Petroșani, Piatra Neamț, Ploiești, Roman, Rîmnicu-Vilcea, Sibiu, Tecuci, Timișoara, Tg. Mureș, Vaslui și Zalău. De asemenea, în orașele Beluș și Dr. Petru Groza (Bihor), Caracal (Olt), Călimănești și Govora (Vilcea), Mangalia, Orăștie-Hunedoara, Rîmnicu Sărat, Roșiori de Vede, Sighișoara, Tîrgu Secuiesc (Covasna).

Produsele din plante medicinale se pot obține și prin comenzi prin poștă, contra ramburs, adresate întreprinderilor „Plafar” din București, str. Emil Bodnăraș nr. 50, Sector 6, și Cluj-Napoca, str. Brassay nr. 7.

TERAPIE ODIHNĂ DESTINDERE

SÎNGEORZ-BĂI



Veche așezare aflată la confluența Văii Borcutului cu a Someșului Mare, la o altitudine de 465 m și la o distanță de 45 km de Bistrița, stațiunea Sîngeorz-Băi este bogată în ape minerale bicarbonatate, clorate, sodice, calcice, magneziene, carbogazoase.

Ea este indicată în afecțiunile tubului digestiv, hepato-biliare, în boli de nutriție și metabolism, precum și în boli asociate: respiratorii, ale aparatului locomotor, reumatismale, degenerative și abarticulare.

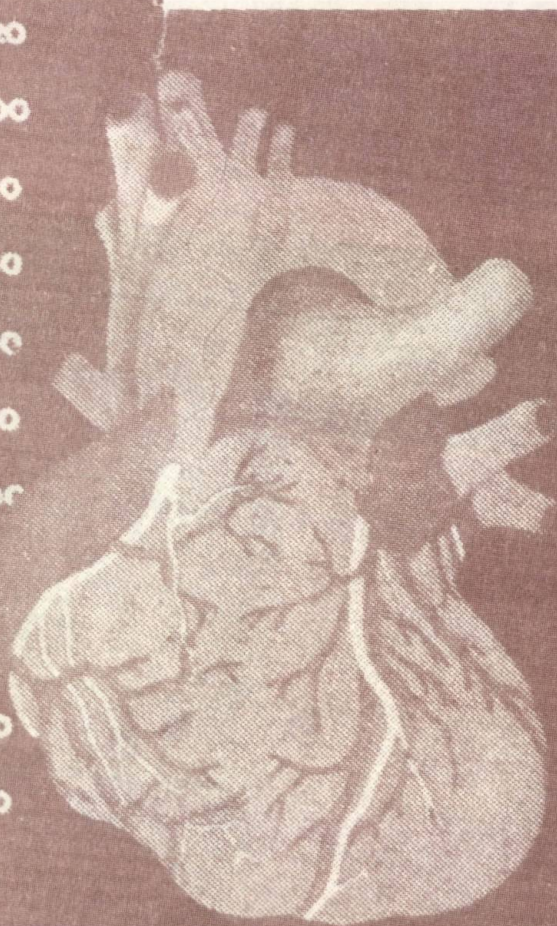
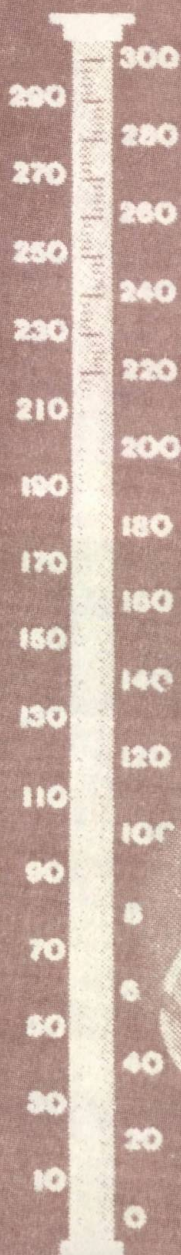
Climatul stațiunii — continental moderat, cu ierni în care media temperaturilor minime este de $-3,5$ grade C în ianuarie și de $+16$ grade C în lunile de vară — este de crutare.

Posibilitățile multiple de cazare — în modernul Hotel de cură „Hebe”, unul din cele mai mari din țară (900 locuri), în Complexul sanatorial al U.G.S.R., cu bază proprie de tratament, și în vile —, precum și incântătorul peisaj specific zonei oferă condiții de terapie, odihnă și destindere.

Numeroasele obiective istorice și culturale — castelul Bethlen de la Bedean, muzeele memoriale „Liviu Rebreanu”, „George Cosbuc” din localitățile cu același nume și „Jon Pop Reteganul” din comuna Reteag, cetățile Ciceu și Rodna, pot fi vizitate în excursiile organizate de Oficiul județean de turism Bistrița-Năsăud.

INIMA,

**ÎN INIMA
SĂNĂTĂȚII**



Indiferent din ce punct de vedere am aborda bolile cardiovasculare, ele constituie în continuare în întreaga lume o importantă problemă de sănătate publică, atât datorită indicilor crescuți de morbiditate și mortalitate, cât și afectării unor categorii de vîrstă mai tinere și în plină activitate creatoare. Hipertensiunea arterială, stopul cardiac, cardiopatiile ischemice cu angina pectorală, infarctul miocardic, ateroscleroza, diversele afecțiuni inflamatorii ale miocardului, complicațiile vasculare cerebrale se înscriu în genericul bolilor civilizației. În limbajul cifrelor, O.M.S., care de altfel a stabilit patologia inimii ca temă a unei Zile mondiale a sănătății, a prezentat o situație alarmantă, și anume: 40—50 la sută din totalitatea cauzelor de mortalitate generală se datoresc bolilor cardiovasculare, ca și 20—30 la sută din totalul invalidităților; 1 din 5 locuitori ai Terrei suferă de o boală de inimă; zeci de miliarde de dolari se pierd anual în lume, urmare a costului medicamentelor, spitalizării, absenteismului din producție datorită acestei boli.

Așadar, prevenirea bolilor cardiovasculare prezintă un deosebit interes medico-social, avînd în vedere faptul că o bună cunoaștere a factorilor de risc ai bolii și a măsurilor de prevenire adecvate printr-o bună informare și educație sanitară a populației constituie antidoturile cele mai eficiente. Este de altfel și motivul care ne-a determinat să dezbaterem problemele actuale ale ocrotirii sănătății inimii, apelînd la reputeți reprezentanți ai școlii medicale românești de cardiologie.

INIMA ÎN 24 DE ORE

● DE LA PULS 70 LA PULS 150 ● CALCULUL ACTIVITĂȚII INIMII ÎN
FUNCTIE DE SPECIFICUL PROFESIUNII ● PARAMETRII FUNCȚIONALI
● VIAȚA RAȚIONALĂ ● PROTECȚIE INIMII !

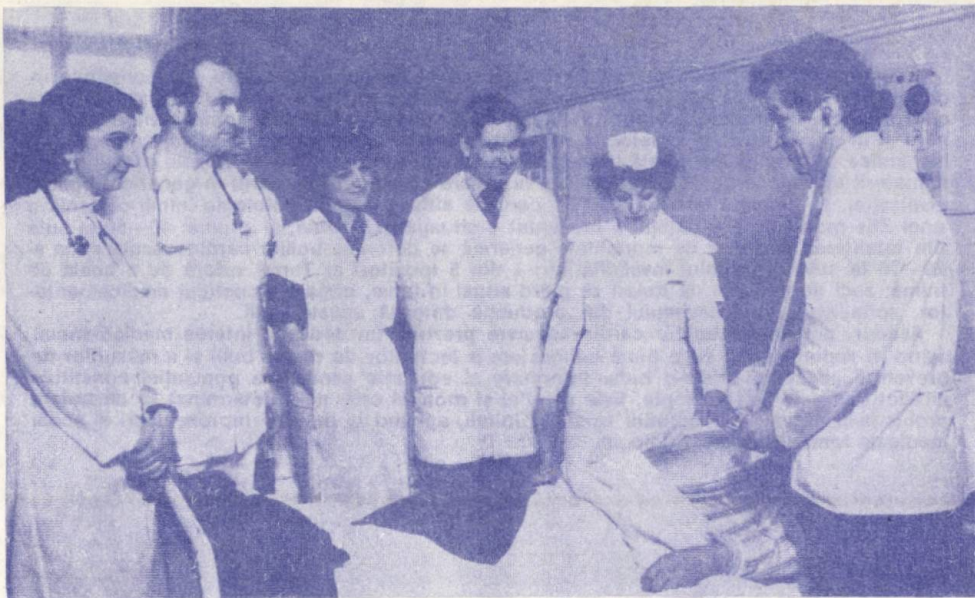
Să începem discuția despre ce se petrece cu inima noastră în timp de 24 de ore cu cîteva date statistice necesare înțelegerii activității ei și efortului pe care îl face pentru asigurarea circulației singelui. Pentru ușurința calculului să acceptăm cîteva date medii care se referă la o inimă sănătoasă a unui om de înălțime și greutate mijlocie și care are 70 de bătăi pe minut în condiții de repaus, 120—150 bătăi pe minut în efort și pînă la 60—50 bătăi pe minut, în somn. Cu fiecare bătaie inima pompează o cantitate de 70 cmc de singe; deci într-un minut aproximativ 5 l singe în repaus și pînă la 25—30 l în efort.

Într-o oră de repaus inima se contractă de 4 200 ori (70 cmc x 60 de ori) și pompează 300 litri de singe (5 x 60 de ori); într-o oră de efort se contractă de 120—150 x 60 ori, adică 7 200 — 9 000 de ori și pompează 1 500—1 800 l singe (25—30 x 60 ori) iar într-o oră de somn 3 500—3 600 ori (50—60 x 60 ori) și pompează 175—240 l de singe (50—60 x 3,5 — 4 l). De aici rezultă că în cele 24 de ore ale zilei inima este supusă 8 ore efortului (a cărui intensitate variază în funcție de felul activității depuse), aproximativ 10 ore efortului habitual, necesitat de deplasarea la locul de muncă, luarea mesei, activități în gospodărie și auxiliare sau de solicitările profesiei cu o intensitate mică — medie (să zicem de 80 bătăi pe minut), iar timp de 6 ore somnului.

Calculul activității inimii arată: 8 ore efort profesional depus într-o muncă sedentară (8 ore x 75 bătăi x 60 = 8 x 4 500 = 36 000 de contracții și 8 ore x (5,15 l x 60) = 8 x 315 l = 2 520 l singe pompat; în 8 ore de efort necesitat de o muncă fizică ușoară = 38 400 contracții și 3 200 l singe pompat; în 8 ore de muncă fizică medie = 57 600 contracții și 4 800 l singe pom-

pat iar în 8 ore de muncă fizică grea = 60 000 l singe pompat. În ceea ce privește cele 10 ore de efort habitual = 28 400 contracții și 3 200 l de singe pompat, iar cele 6 ore de somn = 18 000 contracții și 1 050 — 1 440 l singe pompat.

Nu este, deci, greu să ne imaginăm uriașa muncă ce o desfășoară inima pe parcursul a 24 de ore; Dar într-o viață? Să-i lăsăm pe cei dornici de cifre să facă convenitele calcule și să începem observarea activității inimii, cu orele de somn, cînd avem impresia că și ea se mai odihnește. Ce se întîmplă în timpul somnului? Ce sarcini are inima? Marî, întrucît activitatea ei este dictată de condițiile existente la nivelul țesuturilor. Acestea au nevoie, în primul rînd, de „curățenie”, adică de eliminarea tuturor substanțelor care au rezultat din arderile din timpul zilei, din timpul efortului. Apoi inima are rolul de a „trage” prin sistemul său venos singele „folosit” de la nivelul țesuturilor, să-l pompeze spre organele de „purificare și recondiționare” — cum sînt plămîinii, rinichii și chiar pielea și intestinul. Nu este deci de mirare că după eforturi fizice intense, după mese (mai ales cine) copioase, după consum abundent de lichide, în timpul nopții, inima este mult sollicitată; apar coșmături, senzații de sufocare, transpirații, mișcări frecvente și uneori agitație abdominală. Dacă inima este bolnavă, dacă este slăbită, somnul devine o perioadă mult mai grea decît starea de veghe. Bolnavul simte nevoia să-și așeze tot mai multe perne sub cap, de-seori nu poate dormi decît șezînd pe un scaun sau pe marginea patului. Cu atît mai greu trece perioada de somn cu cît a fost încărcat organismul în timpul perioadei de veghe (prin efort fizic, alimente, lichide, toxice).



Să mai menționăm că în timpul somnului, în mod normal, bătăile inimii și respirația se răresc, presiunea arterială scade, activitatea funcțională se reduce la un minimum de cheltuieli de energie. O serie de vase mici (mai ales capilare) sînt golite de sînge. Un număr mare de alveole nu sînt aerate. Înspre ziuă, după ora 4 dimineata, activitatea funcțională se amplifică din nou, astfel încît la ora de trezire (5—6 dimineata), parametrii funcționali se apropie de starea de veghe.

Gimnastica de înviorare, spălatul cu apă rece (eventual dușul), fricțiunile cu prosopul fac ca sîngele să vină în toate vasele țesuturilor care vor intra curînd în activitate, fac să se deschidă alveolele de la bazele plămînilor, să se umple cu aer și să fie irigate cu sînge — pentru a se asigura oxigenarea acestuia.

Dimineata, la trezire, respirăm mai amplu și — dacă pe bronșii sau în plămîni există secreții, iritații, fibroze începem să tușim — pînă ce reușim să eliminăm o cantitate mai mică sau mai mare de spută (cazul bolnavilor de bronșită cronică, sau tabagică și de bronșiectazie). Alături tusea este seacă, chinuitoare, semn de iritație, fibroză pulmonară sau de stază pulmonară. Odată cu micul dejun inima începe să fie solicitată în plus, mai ales dacă se fumează o țigară și se bea o cafea „tare”.

Deplasarea la locul de muncă devine un exercițiu de adaptare pentru inimă, dacă se face pe jos, în ritm viu. La începutul lucrului inima are nevoie de cîteva minute de adaptare; apoi pe o perioadă de 2—3 ore își menține un ritm constant în funcție de intensitatea efortului practicat. Orice solicitare în plus (fumat, consum de alcool) sau întreruperi dese ale activității cer inimii noi și noi adaptări. Pauza din timpul orelor de muncă este necesară nu numai pentru a se lua gustarea, ci și de a da posibilitate organismului să se refacă, iar inimii să-și îndeplinească datoria de a pompa sîngele spre organele de curățire a substanțelor catabolice acumulate.

Prințul, deși asigură elementele necesare furnizării energiei de care are nevoie organismul, solicită un efort în plus inimii. Pentru a-l evita, este bine să se mănince într-un ritm potrivit, să se mestece bine, să nu se consume cantități mari de alimente și de lichide, să se evite abuzul și chiar uzul de fumat și ca-

fea. Cu cît se mănîncă mai mult și mai repede, se beau lichide și se fumează, cu atît inima este mai solicitată; dacă este bolnavă, slăbită, ea nu poate face față cerințelor și apare senzația de disconfort și de neliniște, de agitație și de sufocare, cu transpirații. Uneori apare edemul pulmonar acut, alături infarctul miocardic a

Pentru efortul habitual inima este din nou solicitată, corespunzător cu activitățile întreprinse. De aceea, în această perioadă — intercalarea unor plimbări, eforturi fizice moderate (de exemplu, grădărit), a gimnasticii și sporturilor, înot, ciclism, tenis, jocuri sportive corespunzătoare vârstei este bine venită și pentru inimă, pentru menținerea performanțelor și pentru sporirea capacității ei de adaptare. Și la cină inima este solicitată. Grijă față de ce, cît și cum mîncăm trebuie să fie mai mare, pentru că urmează, la cîteva ore, somnul, perioadă în care, după cum am văzut, inima este solicitată pentru „curățirea” organismului. Deseori după o cină prea mult solicitantă apar simptomele descrise mai sus — ajungîndu-se pînă la edem pulmonar acut, cu semnele sale specifice (sufocare, sete de aer, tuse cu expectorație spumoasă, rozacee) sau la infarct miocardic acut (caracterizat prin durere violentă în regiunea precordiacă, agitație, teama, transpirații abundente, oboseală extremă etc.).

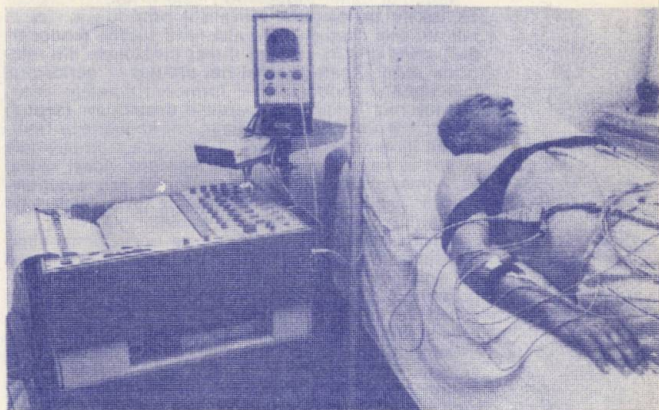
Iată filmul bogatei activități, în evenimente, a inimii în decurs de 24 de ore, care se adaptează la solicitări de diverse origini ale organismului, o activitate care nu cunoaște oprire, care se cere ajutată și nu deranjată sau suprasolicitată. Să înțelegem și faptul că inactivitatea fizică este un factor care scade capacitatea de adaptare și efort a inimii, să fim conștienți de suprasolicitarea la care este supusă inima în hipertensiunea arterială și supragreutate și să luăm măsurile de profilaxie corespunzătoare.

Inima, organ atît de activ, care ne asigură existența și ne încălzește trupul și sufletul prin sîngele cald pe care îl pompează, merită să fie cunoscută mai bine de către toți, trebuie protejată și ajutată în activitatea sa fără odihnă.

Prof. dr. doc. Roman VLAICU
Clinica medicală I, I.M.F. Cluj-Napoca

O POMPĂ CU ACTIVITATE NON STOP!

● DEMITIFICAREA INIMII ● O STRUC-
TURĂ MAI DEOSEBITĂ ● PERFOR-
MANȚE ȘI FUNCȚIONALITATE DE
NEEGALAT ● RITM ȘI RITMURI ●
CÎND ESTE INIMA VULNERABILĂ?



Inima, un organ cavitătar, muscular, de formă aproximativ conică, situat în cutia toracică stîngă, și care se contractă spontan și ritmic, pentru a asigura circulația singelui. Dar această definiție nu spune tot. Cuvîntul „inimă” este pronunțat în fiecare zi de milioane de ori în toate limbile lumii, devenind astfel un cuvînt universal, ca și expresiile simbolice: „din toată inima”, „de la inimă la inimă”, „pleacă de la inimă”, „pune la inimă” etc. Este o realitate, pe care oricum nu o întîlnim cînd este vorba de ficat, plămîni ori rinichi. Și cu toate că ea nu conține decît singe, este considerată încă sediul tandreței, interesului viu, curajului, fermității, generozității și pasiunilor... Totuși ea este o excepțională pompă, care aspiră și propulsează singele, odată cu nașterea noastră, își vede singură de drum fără să o simțim, atîta timp cît „clapetele” sale nu schiopătează și „conductele” nu se ancrasează.

Dacă în jurul anului 1600 Harvey, prin demonstrațiile sale convingătoare asupra circulației sanguine, îndepărta misterul legat de fiziologia inimii, în zilele noastre, specialiștii în chirurgie cardiacă ne uimesc demonstrîndu-ne că acest organ cît un pumn nu este decît un motor, o piesă de schimb care poate fi înlocuită. În fine, apariția mai recentă a protezelor cardiace, a acelor inimi mecanice, artificiale, acționate atomic, pe care oamenii de știință le găsesc superioare transplantelor cardiace, vine să distrugă edificiul inimii ca „organ mitic”; separația dintre om și inima sa fiind astfel și mai evidentă. Simbolul „poeziei și amorului” este așadar înlocuit pur și simplu cu... o pompă fabricată într-un atelier.

Luis Washkansky, în vîrstă de 55 de ani, căruia prof. Christian Barnard îi transplantase în 1967 inima încă vie a Denisei Darwall (o tinăra grav accidentată), și Philip Blaiberg, stomatolog în vîrstă de 59 de ani căruia i se transplantase inima tinărului Clive Haup de 25 de ani, au continuat după operație propriile lor trăiri fără ca personalitatea sau cîmpul lor psihologic să fi fost modificate. În cartea sa, care a apărut în 1968 la New York, Philip Blaiberg mărturisea: „Mă simt excelent, inima este o pompă pe care prof. Barnard a înlocuit-o așa cum se înlocuiește o piesă uzată a unui automobil; mai tîrziu profesorul mi-a arătat vechea mea inimă, care se afla conservată într-un recipient de plastic și pe care am studiat-o împreună”. Și iată cum, în acest context, dacă aruncăm o privire retrospectivă asupra duratei medii de viață a omului, ne putem considera mult favorizați față de predecesorii noștri, care, pe vremea romanilor, de exemplu, atingeau o durată medie de viață de 20—30 de ani, în secolul al XVI-lea de 25 de ani, în secolul al XVIII-lea de 32 de ani, în anul 1820 de 35 de ani, în 1856 de 43 de ani, iar în 1939 de 56 ani. Durata medie actuală de viață de 71 și cea de 80 de

ani preconizată pentru deceniile următoare ne apar ca un beneficiu al civilizației, pe care din păcate îl plătim cu o serie de boli ale civilizației, în fruntea cărora stau bolile de inimă.

Pentru evaluarea acestui flagel al contemporaneității vom cita pe prof. Gerald Berenson de la Universitatea din Louisiana (S.U.A.), care afirma cu prilejul unui congres internațional de cardiologie că o nerespectare a tratamentului preventiv va face ca cel puțin 54 la sută din copiii americani de astăzi, și într-o proporție similară și părinții lor, să moară prin boli de inimă. Un alt cunoscut om de știință din Cincinnati (S.U.A.) arăta că 30 la sută din copiii ai căror părinți au decedat prin boli cardiace înainte de vîrstă de 50 de ani au colesterolul mărit, fiind predispuși la cardiopatie ischemică. Dar aceste cifre de mortalitate nu par îngrijorătoare pentru specia umană, dacă ținem seama de faptul că la ora actuală mor anual pe glob 51 milioane de oameni și se nasc 65,7 milioane. Dacă acest excedent de 14 milioane este liniștitor — statistic vorbind —, individul luat separat acceptă cu greu propria sa dispariție ireversibilă și, împotriva tuturor angoaselor, el dorește să-și trăiască viața, tot așa cum societatea, care îl formează ca pe un factor util, îi simte lipsa direct proporțional cu măsura valorii sale.

Inima este compartimentată în patru camere: două în partea superioară, numite **atrii**, prin care intră singele, și două în partea inferioară, numite **ventriculi**, prin care se pompează singele. Cele patru camere sînt separate între ele de sus în jos printr-un perete numit **sept**, care împarte cordul în două: **inima stîngă**, formată din **atriul stîng** și **ventricolul stîng**, și **inima dreaptă**, formată din **atriul drept** și **ventricolul drept**. De fapt este vorba de două compartimente funcționale ale aceluiași organ și nu de două inimi.

Camerele de sus (**atriile**) comunică cu cele de jos (**ventriculii**) prin **orificiile atrioventriculare**, prevăzute cu niște clapete numite **valvule**, ce permit trecerea singelui într-un sens, de sus în jos, adică din atrii în ventriculi. Între atrii stîng și ventricolul stîng se află **valvula mitrală** (bombată ca o mitră episcopală), iar între atrii drept și ventricolul drept **valvula tricupidă**, formată din trei foi. Din cei doi ventriculi se desprind două **artere mari**: din ventricolul stîng **artera aortă**, care duce singele în tot corpul și din care pleacă două artere mai mici — **arterele coronare** ce hrănesc mușchiul inimii —, iar din ventricolul drept, **artera pulmonară**, care duce singele la plămîni. Locurile de unde se desprind aceste artere se numesc **orificiul aortic** și **orificiul pulmonar**, fiecare prevăzut cu cîte trei **valvule sigmoide**, care asigură trecerea singelui într-un singur sens, dinspre ventriculi spre **marile artere-pulmonară și aortică**.

Mușchiul inimii (**miocardul**) este învelit la exterior de foițele **pericardului** (învelișul propriu-zis), iar la interior este câptușit de o altă foiță subțire (**endocardul**), care vine în contact direct cu singele din interiorul inimii. Toate acestei trei straturi — pericardul, miocardul și endocardul — formează peretele inimii. În mușchiul inimii și în peretele despărțitor (**septul**) se găsește un sistem de formațiuni nodulare și fasciculare în care se formează și se propagă impulsurile ce fac să se contracte pompa cardiacă. Acest sistem se numește **sistemul excitator** sau **autonom**, fiindcă impulsurile bioelectrice ce pun în funcție inima iau naștere chiar din inimă.

Funcția inimii este similară cu a unei pompe aspirorespingătoare, la care vin și de la care pleacă vase de singe, care, prin intermediul acestui prețios combustibil uman, vor aproviziona țesuturile cu oxigen și substanțe hrănitoare și vor elimina bioxidul de carbon și deșeurile rezultate din ardere.

Pentru acest scop, singele, care reprezintă 8 la sută din greutatea corpului (5 litri), circulă printr-un sistem dublu de vase de singe (arterial și venos), care comunică prin capilarele sanguine și care împreună cu pompa cardiacă vor realiza marea și mica circulație. Prin **marea circulație** se înțelege drumul parcurs de singe de la inimă la țesuturi și înapoi la inimă, iar prin **mica circulație** se înțelege drumul făcut de singe de la inimă la plămâni și înapoi la inimă.

Inima dreaptă va pompa singele încărcat cu bioxid de carbon în mica circulație, la plămâni, pentru a fi oxigenat, iar inima stângă va prelua singele oxigenat și-l va pompa în marea circulație pentru hrănirea țesuturilor. Astfel, singele încărcat cu bioxid de carbon și deșeurii intră în atrul drept, prin intermediul a două vene mari numite **vene cave** (cava superioară, care aduce singele de la cap, gât și membre superioare, și cava inferioară, care aduce singele venos de la trunchi și membrele inferioare). Din atrul drept, singele trece în ventriculul drept, prin valva tricuspidă și apoi prin orificiul pulmonar în artera pulmonară și în plămâni, unde bioxidul de carbon este eliminat și oxigenul din aer preluat de globulele sale roșii, care în felul acesta se va oxigena. Odată oxigenat în plămâni, el va intra în camera de sus din stînga a inimii (**atriul stîng**) prin intermediul venelor pulmonare care vin de la ficcare plămîn la atrul stîng; mai departe, singele oxigenat va trece prin valvula mitrală în ventriculul stîng, de unde va fi pompat în **artera aortă** (cea mai puternică și mai mare arteră din organism) și distribuit prin trunchiuri și ramuri arteriale, arteriole și capilare arteriale la nivelul țesuturilor, unde va ceda oxigenul și va prelua bioxidul de carbon. În continuare se întoarce prin sistemul venos (cele două vene cave) la inimă în atrul drept. Așadar, iată cum acest mic organ cu patru cămăruțe, cu un perete muscular și niște căpăcele care joacă rolul de supape, în pofida greutateii sale de numai 270 g, la bărbat și 260 g la femeie, propulsează permanent și neobosit singele într-o rețea de aproximativ 100 000 km vase sanguine de toate calibrele, cu un debit de 8 000 litri de singe în 24 de ore.

Dealtfel, despre vitalitatea unei inimi, experiențele lui Alexis Carrel din anul 1912 sînt grăitoare: cultivînd fragmente de țesut viu dintr-un embrion de gîină, în vîrstă de 10 zile, constată că fibrele inimii de embrion continuă să aibă o activitate vitală la fel ca în prima zi; fragmentul pulsa ritmic de 80—92 de ori pe minut, celulele țesutului embrionar se multiplău și se dezvoltă continuu. De remarcat faptul că această activitate a supraviețuiește chiar experimentatorului. Vom cita un singur exemplu de care ne izbim în viața de toate zilele. La omul normal un zgomot intens, scurt și neașteptat accelerează ritmul cardiac cu 5—20 la sută, crește tensiunea arterială maximă cu 1—5 cm și scade debitul cardiac, revenirea la normal făcîndu-se în circa 5 minute. Dacă zgomotul este prelungit, efectele sînt mai accentuate: debitul cardiac are o scădere importantă, tensiunea arterială maximă crește cu cel puțin 3 cm, iar pulsul se acce-

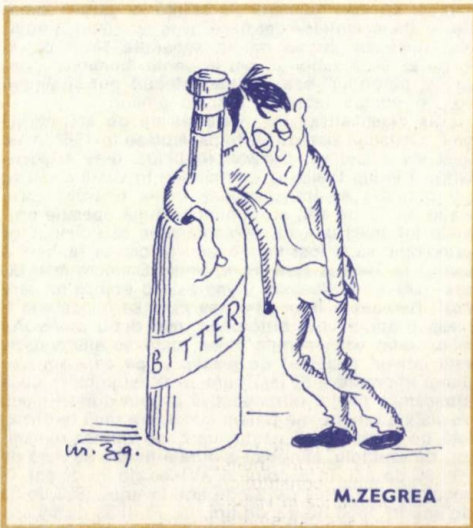
lerează progresiv, revenirea la normal făcîndu-se în circa 10 minute. Dacă la individul sănătos această revenire se face fără efecte secundare sesizabile, la un hipertensiv, de exemplu, același zgomot poate să dea naștere la accidente uneori grave, pe lingă palpații, dispnee, dureri de cap, amețeli, puțin să apară crize de angină pectorală și chiar un infarct miocardic.

Cu toată această rezistență, cu toate aceste performanțe inima rămîne, din păcate, ca și toate celelalte organe din corpul omului un organ expus în copilărie la maladiile congenitale (boli care apar în dezvoltarea inimii la embrion), mai tirziu la boala reumatismală, atît de frecventă la tineri și atît de periculoasă prin urmele pe care le lasă pe valvule, la vîrstă adultului expusă la hipertensiune arterială și cardiopatie ischemică (angina pectorală, infarctul miocardic), acestea din urmă constituind o problemă de sănătate publică mondială, ocupînd un loc principal în cauzele de îmbolnăvire și deces. În fine, inima este expusă pe tot parcursul vieții la o serie de factori de risc, inerenti societății contemporane în lumea întreagă (tutun, cafea, alcool, exces alimentar, sedentarism), factori care o pot agresiona mai ales cînd individul se naște cu o predispoziție genetică.

De aceea, în fața bolilor cardiace atitudinea noastră nu trebuie să fie contemplativă, de resemnare, deoarece prin mijloacele actuale de prevenire putem preîntîmpina apariția multora dintre ele; o boală de inimă, odată apărută, presupune un tratament complicat, de durată, și nu o simplă solicitare la farmacie, din partea bolnavului, a unor medicamente despre care a citit într-o revistă oarecare.

Am văzut așadar cum inima a fost coborîtă de pe piedestalul ei mitic, fiind înlocuită ca orice piesă de schimb, cit este de puternică și de neobosită, dar, în același timp, cit este de sensibilă și de vulnerabilă. Și totuși inima nu poate rămîne pentru noi, oamenii, o simplă pompă de cauciuc, o jucărie mecanică de-a profesorului Cooley, ci un organ care dacă pe plan biologic nu se deosebește cu nimic de celelalte organe din corpul omului, pe plan afectiv nu greșim cu nimic dacă vom continua să credem că „din inimă pornește tot ce este frumos, adevărat și bine”.

Conf. dr. Mihai MORONESCU
șeful clinicii IV medicale a
Spitalului județean Craiova



FACTORI DE RISC

● CORECT ȘI INCORECT DESPRE RISC ● CONVERGENȚE ÎNTRE FACTORII GENETICI, CONSTITUȚIONALI, BIO- LOGICI, DE COMPORTAMENT ● BAZA ȘTIINȚIFICĂ A PREVENIRII BOLILOR CARDIOVASCULARE

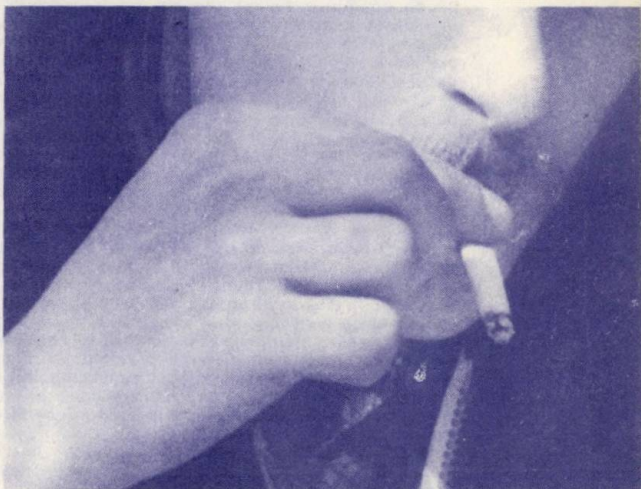
Despre factorii de risc ai bolilor cardiovasculare toată lumea știe cite ceva: mai mult sau mai puțin, mai în profunzime sau mai la suprafață, mai corect sau mai cu aproximație. Informațiile care circulă în mod curent, nu numai prin mijloacele de mass-media, dar chiar și prin literatura de specialitate, păcătuiesc prin faptul că sînt deseori unilaterale, trunchiate și nu oferă publicului larg o informație complexă și completă, veridică și realistă, științific fundamentată și orientată practic.

Din acest motiv se impune, credem, o prezentare a semnificației și importanței pe care o prezintă factorii de risc în apariția și dezvoltarea bolilor cardiovasculare, a rolului și locului pe care îl ocupă în acest determinism — respectiv a ierarhizării, a clasificării lor și, în fine, a posibilităților practice de control, de împiedicare a acțiunii lor asupra organismului și de prevenire a efectului nociv pe care îl au asupra stării de sănătate.

Care este accepția actuală a termenului și conținutul conceptului de factori de risc? Există astăzi un consens că factori de risc sînt acei parametri constituționali sau biologici (de exemplu, ereditate, constituție, hipercolesterolemie, hipertensiune, hiperglicemie ș.a.), acele situații fiziologice sau patologice (menopauză, supraponderie, hipofuncție tiroidiană) sau acele condiții sau mod de viață și de comportament (alimentație bogată în grăsimi, fumat, sedentarism, încordări și traume psihice etc.) care favorizează apariția mai precoce și evoluția mai rapidă, mai gravă a bolilor cronice cardiovasculare (hipertensiunea arterială, ateroscleroza) și a principalelor complicații: accidentele cerebrale, infarctul miocardic și angina pectorală, tulburările de ritm și insuficiența cardiacă, trombozele și emboliile periferice. Cu alte cuvinte, factorii de risc nu sînt absolut obligatoriu și necesar factori cauzali (deși uneori — și într-o anumită măsură — unii dintre ei au un rol în etiologia și patogenia bolilor cronice cardiovasculare). Prezența acestor factori, condiții și situații cresc însă considerabil riscul de apariție și dezvoltare a acestor îmbolnăviri.

În aceeași ordine de idei, trebuie subliniat că prezența acestor factori, indiferent dacă sînt de mediu intern (genetici, constituționali, biologici) sau extern (condiții de muncă și viață, mod de viață și comportament, cum sînt alimentația abuzivă, fumatul, seden-

tarismul) nu reprezintă neapărat și prezența bolii, cel puțin într-un stadiu avansat al manifestărilor anatomice. Este tot atât de adevărat că unii dintre ei (tulburările metabolismului grăsimilor sau al glucidelor, hipertensiune arterială) se întîlnesc într-o proporție mult mai mare la bolnavi față de sănătoși. Este important să se știe că factorii de risc influențează nu numai apariția bolii, ci și întreaga sa evoluție, de la stadiile incipiente, fără nici un fel de manifestare clinică și pînă la cele mai avansate, manifestate clinic prin formele cunoscute de boală ale aterosclerozei și hipertensiunii arteriale sau prin apariția complicațiilor majore ale acestora (angina pectorală și infarctul miocardic, insuficiența circulatorie cerebrală și atacul cerebral, insuficiența circulatorie periferică, diversele tromboembolii în alte organe vitale). Din acest motiv prezența factorilor de risc nu poate fi neglijată nici un moment. Cunoașterea lor, a acțiunii și pericolului pe care îl prezintă, dar mai ales combaterea lor sînt necesare în tot cursul vieții. Este extrem de dăunătoare, neștiințifică și neadecvată părerea larg răspîdită că ar fi inutilă combaterea factorilor de risc odată ce boala s-a instalat, sau la o vîrstă înaintată. Nu poate fi ceva mai greșit și mai dăunător sănătății decît opinia: „Ce rost mai are să renunț la țigară, după 40 de ani de fumat, cînd deja am complicații cardiace?” Combaterea factorilor de risc nu



M. MATEI

este niciodată nici tardivă, nici inutilă. În orice stadiu de evoluție, câștigul realizat poate să fie extrem de important. Astfel, cercetările au demonstrat că cei care s-au lăsat de fumat de cel puțin 15—20 de ani fac accidente cardiovasculare cu mai puțin de 50 la sută față de cei care continuă să fumeze, iar cei care au renunțat la fumat de cel puțin 20 ani nu au un risc mai mare decât nefumătorii. Același lucru este valabil, desigur, în grade diferite și pentru hipertensiune, obezitate etc.

Desigur că această constatare nu diminuează, ci confirmă necesitatea de a combate factorii de risc încă de la o vîrstă tină, în perioadele cît mai incipiente ale bolii, cînd încă efectul dăunător asupra stării de sănătate nu s-a instalat și cînd este posibilă prevenirea ei eficientă. Pe de altă parte, cum mulți dintre factorii de risc reprezintă de fapt proaste deprinderi, moduri de comportament neraționale (exemplu: fumatul, abuzul de cafea, alcool și alimente, sedentarismul etc.), este mult mai ușor să nu înveți un obicei prost, decît să te lupți pentru a te dezobisnui. Cu atît mai mult cu cît unele deprinderi (fumatul, abuzul de alcool) dau cu timpul o anumită dependență, o toxicomanie, care este greu de combătut, deși proverbul vechi și înțelept spune că „orice învîț are și dezvîț”!

În al treilea rînd este necesar să se rețină faptul că asocierea mai multor factori de risc mărește pericolul de apariție a bolilor cronice cardiovasculare și mai ales a complicațiilor grave, cu mult mai mult decît simpla lor adăugare. De exemplu, asocierea fumatului cu hipercolesterolemia și obezitatea mărește riscul de apariție a infarctului (față de cei la care lipsesc acești factori) de aproximativ 11—14 ori! Iată deci în situația în care nu am putut să-i corectăm pe toți, ci numai unul, doi sau trei, câștigul în timp, prin micșorarea riscului, este considerabil. Orice victorie în combaterea factorilor de risc reprezintă o extrem de rentabilă investigație pentru sănătatea, capacitatea noastră de muncă și viață.

În fine, se vorbește frecvent despre factori de risc majori și minori, factori de risc primari și secundari, favorizați sau declanșați, factori de mediu intern sau extern etc. Desigur că fiecare clasificare își are justificările ei și, pînă la un punct, semnificații particulare sau specifice pentru scopul în care este utilizată (didactic, pentru cercetare ș.a.). Nouă ni se pare mult mai util din punctul de vedere al prevenirii lor să vorbim despre factori de risc nemodificabili și factori de risc modificabili. Între factorii nemodificabili ar intra vîrsta (se știe că procesul de îmbătrînire duce la un grad de scleroză a vaselor și inimii), sexul (femeile pînă la menopauză au o „relativă imunitate” față de ateroscleroză), constituția (în care se include ereditatea, modificările genetice).

În consecință, cunoașterea factorilor de risc reprezintă baza științifică a prevenirii bolilor cardiovasculare cronice, respectiv a aterosclerozei și hipertensiunii arteriale, cu complicațiile lor majore. Combaterea lor se impune de la o vîrstă cît mai tină și încă din perioada în care semnele clinice ale bolii nu sînt prezente. Unii factori de risc, care țin de modul de viață, pot fi corecți prin schimbarea comportamentului, obiceiurilor nocive; alții necesită combaterea cu ajutorul medicamentelor. Uneori, combătîndu-i putem preveni apariția bolilor, altele cînd boala este manifestă putem trîna evoluția ei sau apariția complicațiilor.

Sănătatea fiecăruia dintre noi este în mare măsură în propriile mîini. Succesul depinde de hotărîrea și perseverența în a respecta un mod rațional de viață.

Dr Ioan ORHA
șeful secției de cardiologie preventivă,
Spitalul clinic „Fundeni”

HIPER- TENSIUNEA ARTERIALĂ

● 1 DIN 5 OAMENI — HIPERTENSIV ●
VÎRSTE ȘI VALORI TENSIONALE NOR-
MALE ● GHID COMPORTAMENTAL
PENTRU HIPERTENSIVI

Prin marea ei răspîndire, această boală constituie la ora actuală una dintre importante probleme medico-sociale. Pentru a-i demonstra „dimensiunile” amintim că circa 20 la sută din populația adultă suferă de hipertensiune arterială (H.T.A.) în țările industrializate, numărul hipertensivilor atîngînd valori impresionante (33 de milioane în S.U.A., 8 milioane în Franța). Un fapt demn de reținut, valabil și pentru alte boli cardiovasculare, este că H.T.A. „se deplasează” spre grupele tinere de vîrstă. Evoluind mult timp și la mulți indivizi asimptomatic, ignorată și netratată corect cînd este depistată, H.T.A. este cauza unor grave complicații cardiace (infarctul miocardic, cardiopatia ischemică, insuficiența cardiacă), cerebrale (hemoragia cerebrală, atacurile ischemice cerebrale) și renale (insuficiența renală). Locul principal pe care îl ocupă în morbiditatea și mortalitatea actuală reiese din constatarea că, după vîrsta de 50 de ani, 1 din 4 decese se datorează acestei boli și complicațiilor induse de ea, astfel că anual face de patru ori mai multe victime decît cancerul.

Tensiunea (corect, presiunea) arterială normală nu este reprezentată printr-o cifră fixă, valorile ei variînd în funcție de o serie de stări fiziologice ale individului, de efortul fizic, variațiile de temperatură ale mediului ambiant, consumul de alcool și cafea, fumatul etc.

Care sînt valorile ei normale? Conform datelor pe care le deține Comitetul de experți al O.M.S., se consideră valori normale pentru un adult între 35 și 60 de ani, 85—90 mm Hg pentru tensiunea minimă (diastolică) și pînă la 140 mm Hg pentru tensiunea maximă (sistolică). Așa-numita **hipertensiune de graniță** (starea prehipertensivă) se situează între 90 și 100 mm Hg pentru tensiunea minimă și 145—155 mm Hg pentru tensiunea maximă, iar H.T.A. începe peste valori constante de 160 mm Hg (tensiunea maximă) și 95 mm Hg (tensiunea minimă), potrivit aceluiași limite fixate de O.M.S. În limita normalului, tensiunea arterială crește paralel cu vîrsta, această creștere fiind valabilă mai ales pentru cifrele tensiunii maxime. De aceea un individ de peste 60 ani, la care procesul de ateroscleroză este în desfășurare nu poate fi considerat hipertensiv chiar dacă înregistră valori ale tensiunii arteriale moderat crescute (peste cele date de O.M.S.).

Singura soluție eficientă de combatere este depistarea cît mai precoce a bolii, prin examene medicale periodice ale populației adulte și ținerea sub observație specială a acelor indivizi care au părinți, frați hipertensivi, a celor expuși unor factori de risc și a celor cu solicitări deosebite profesionale. Odată depistat, hipertensivul trebuie luat în evidență în cadrul dispensarizării la unitatea sanitară de care aparține; aici, sub observația periodică a medicului, va urma regimul igienico-dietetic și tratamentul medicamentos corespunzător.

Regimul dietetic constă în principal în restricția (sau evitarea în anumite situații) a consumului de

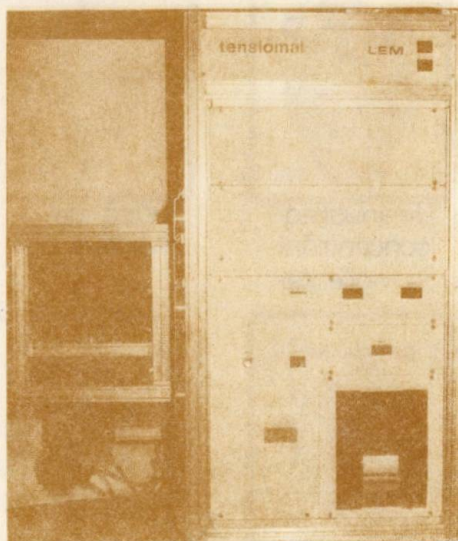
sare de bucătărie, limitarea pînă la excludere a grăsimilor animale (bogate în acizi grași saturați) și evitarea abuzului de dulciuri și făinoase. Combaterea obezității, unul dintre factorii de risc pentru inimă și vase, se realizează prin alimentație hipocalorică, gimnastică medicală, activitate fizică corespunzătoare vîrstei și stadiului hipertensiunii arteriale.

Medicația foarte variată și deosebit de eficientă reprezintă una dintre marile descoperiri ale medicinei moderne. Administrarea medicamentelor, la indicația și sub controlul medicului, permite controlul valorilor tensiunii arteriale, previne complicațiile H.T.A. și asigură bolnavului o viață normală și activă. Pe bună dreptate s-a spus că un hipertensiv corect tratat are aceeași șansă de viață și posedă aceeași capacitate de a fi activ ca și un individ normotensiv. Regretabil este însă faptul că un număr mare de hipertensivi ocolesc medicul, se autotratează (după prospectele care însoțesc medicamentele antihipertensive) sau după „sfaturi binevoitoare” complet incompetente.

Tratamentul igieno-dietetic și medicamentos se completează și prin tratamentul balneoclimatic în stațiuni cu profil cardiovascular, constituind a treia modalitate (complementară) de terapie antihipertensivă. Date fiind riscurile unui tratament balnear fără indicația medicului, hipertensivul trebuie să se supună unui control medical înaintea curei balneare.

Care este durata tratamentului complex al hipertensivului — este întrebarea firească și perfect justificată pe care o pune fiecare hipertensiv. Răspunsul: **toată viața** trebuie completat cu precizarea că numai medicul este în măsură să permită unele „pauze terapeutice”. Așa se explică de ce statistici semnificative dovedesc că H.T.A. în aceste condiții este o afecțiune care poate fi perfect stăpînită.

Dr. Radu ISPAS
șeful secției de cardiologie,
Spitalul județean Sibiu



Tensiomatul realizat de Laboratorul de electronică medicală din București asigură autocontrolul tensiunii arteriale.



TULBURĂRI VASCULARE CEREBRALE



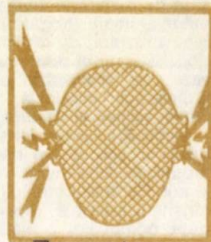
Diminuarea
concentrării
și vigilenței



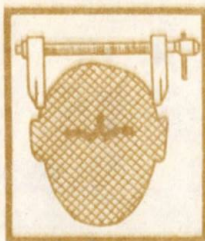
Lipsă de
inițiativă



Ameteli



Zgomote
în urechi



Cefalee



Iritabilitate

AUTOTEST

Cind inima dv. suferă și ateroscleroza in-
cepe să se instaleze, irigația cerebrală devine
deficitară. Cardiologii francezi vă propun un
autotest. Răspundeți acestor întrebări: Simțiți
o diminuare a concentrației și vigilenței? Vă
lipsește inițiativa? Aveți vertijuri? Auziți zgo-
mote în urechi? Aveți cefalee? Senteți perman-
ent iritat? În cazul în care veți răspunde
afirmativ la majoritatea întrebărilor, diagnos-
ticul dv. fiind „Tulburări vasculare cerebrale”,
prezentați-vă de urgență la medicul specia-
list.

COMPRIMATE

● **Creșterea frecvenței infarctului miocardic în țările industrializate**—un fapt stabilit. De exemplu, în Franța peste 200 000 de persoane între 45 și 60 de ani suferă în fiecare an un infarct miocardic, 45 la sută dintre bărbații care fac infarctul decedând, întrucât în toate aceste cazuri infarctul se însoțește de complicații mortale dintre care jumătate survin în primele 60 de minute de la declanșarea lui ● **80 la sută dintre persoanele care supraviețuiesc** după un infarct miocardic, timp de 30 de zile, afirmă un grup de cardiologi din Paris, își pot relua activitatea în lunile următoare. Dintre acestea 25 la sută decedează în următorii 5 ani, 50 la sută după 10 ani, iar 25 la sută după 20 de ani ● **Gimnastica la domiciliu și practicarea sporturilor** au devenit „o modă” în S.U.A., care permite nu numai menținerea greutății normale, ci și prevenirea cardiopatiei ischemice, a infarctului miocar-

dic. „Moda” s-a lansat ca urmare a cunoașterii factorilor de risc ai acestei boli. Astăzi gimnastica la domiciliu se practică de oameni de toate vîrstele — de la copiii care abia încep să meargă și pînă la vîrstnici, mersul alert de-a lungul autostrăzilor fiind practicat zilnic de 30 de milioane de oameni, înotul de 60 de milioane de oameni, iar mersul pe bicicletă de 44 de milioane ● **În 48 de ore se poate renunța la fumat**, afirmă psihiatrul elvețian Christian Anxionas, autorul unei metode eficiente de abandonare a fumatului aplicabilă în grup. După 6 luni de la aplicarea ei 65 la sută dintre fumătorii care au adoptat metoda nu mai doreau să aprindă o țigară. Deși psihiatrul elvețian nu și-a dezvăluit metoda, ea reprezintă încă o modalitate de a combate unul dintre cei mai nocivi factori de risc ai bolilor cardiovasculare, 25 la sută dintre cazuri producîndu-se ca urmare a tabagismului.

10

IMPERATIVE PENTRU CARDIAC

● Se va prezenta la medicul cardiolog cel puțin o dată la 6 luni, chiar dacă se simte bine, pentru a descoperi din timp orice schimbare la nivelul inimii și a i se institui tratamentul cel mai adecvat.

● Va evita eforturile inutile (nu va alerga după mijloacele de transport în comun, nu va urca în grabă scările, nu va ridica greutăți, nu va face marșuri lungi și oboseitoare), emoțiile, supărările, activitatea excesivă.

● Va face exercițiile de gimnastică recomandate de medic și își va grada efortul de așa manieră încît să nu simtă respirație grea, bătăi de inimă, apăsări sau dureri în piept.

● Va respecta repausul la pat, variabil în raport de stadiul bolii (de la 10 la 14 ore) stabilit de medic.

● Se va cîntări săptămînal, evitînd îngrășarea care dăunează activității inimii și așa oboșita.

● Nu va consuma băuturi al-

coolice diluate și va evita abuzul de vin.

● Dacă este vîrstnic și hipertensiv, bolnavul de angină pectorală ori cu sechele după infarct nu trebuie să facă eforturi în timpul scaunului. Constipația va fi combătută printr-un regim bogat în legume și fructe.

● Va evita curenții de aer, umezeala și temperaturile ridicate.

● Va evita aglomerațiile și va circula mai puțin în perioadele cînd sînt epidemii de gripă, deoarece virozele și bolile infecțioase afectează inima.

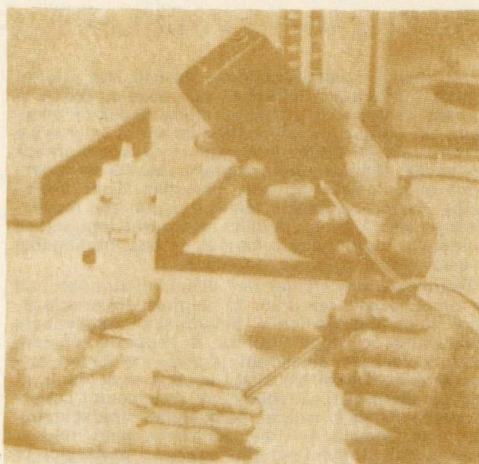
● Va lua medicamentele cu regularitate, iar medicația o va întrerupe numai dacă apar senzații de greață sau vărsături, situații în care va anunța imediat medicul.

ARTERIO- PATIILE CRONICE OBLITERANTE PERIFERICE

BĂRBAȚII — PRIMII EXPUȘI • O MALADIE CARE ÎI AFECTEAZĂ ÎN EXCLUSIVITATE PE FUMĂTORI • CÎND ELECTRONICA ȘI FARMACOLOGIA READUC SPERANȚELE • CONTRIBUȚIA TRATAMENTULUI BALNEAR • BISTURIUL — ULTIMUL ARGUMENT

În ultimii ani a crescut progresiv incidența și prevalența bolilor arteriale periferice, care în același timp au început să afecteze din ce în ce mai mult și populația mai tină. Studiile epidemiologice întreprinse de diferite clinici evidențiază ca în Europa circa 1—1,5 la sută din populația adultă suferă de arteriopatii obliterante ale membrilor inferioare. Din totalul consultațiilor generale efectuate, acestea sînt înființate la 1—2 la sută dintre pacienți. Nu trebuie neglijat nici faptul că invaliditatea des survenită în aceste îmbolnăviri are repercusiuni importante social-economice. Obliterarea arterială progresivă a extremităților membrilor apare cel mai frecvent în cadrul aterosclerozei, angiopatiei diabetice și trombangitei obliterante — „maladia Burger, ultima manifestîndu-se aproape exclusiv la bărbați tineri fumători.

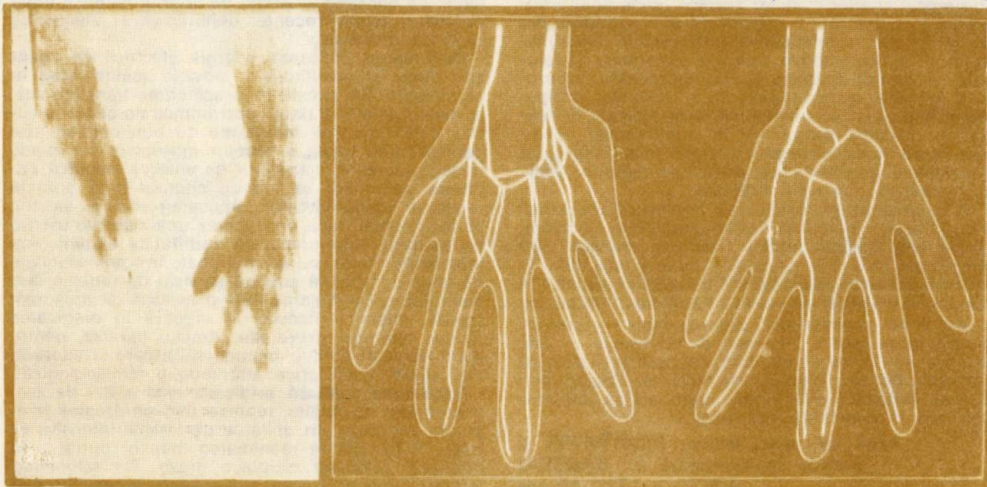
Diagnosticarea ocluziei arteriale și a ischemiei periferice consecutive se bazează pe simptomele clinice, dintre care dominantă este durerea. În funcție de gradul ischemiei, durerea poate să apară sub forma de: **claudicație intermitentă** (durere la efort, de obicei în timpul mersului care obligă la o schiopătare dureroasă, cedează prompt la repaus și reapare după reluarea mersului); **durere în repaus** (în formele mai grave de ischemie, cînd bolnavii sînt obligați să petreacă nopțile în poziție „șezînd”, fiindcă declivarea



picioarelor bolnav atenuează durerea); și **durere permanentă**, care survine paralel cu apariția tulburărilor trofice grave (pregangrenă, gangrenă). Tegumentele sînt reci și palide, pulsul arterial lipsește sau este mult diminuat, iar asupra arterelor mari se percep frecvent sufluri vasculare „stenotice”, a căror intensitate se accentuează la efort.

În evidențierea obliterării arteriale și a aprecierii gravității deficitului de irigație sînt folosite mai multe teste funcționale clinice, care completează examenul clinic, furnizînd date precise cu privire la mărimea fluxului arterial, starea topografică a sistemului vascular, existența rezervorului circulator și cadrul nosologic. Pe lîngă tehnicile de investigație „clasice” (**oscilometria, oscilografia, termometria cutanată, capilaroscopia**), în ultimii ani au fost introduse metode noi de explorare. Dintre acestea menționăm **termografia infraroșie**, care prin înregistrarea razelor infraroșii emise de organism permite o orientare termotopografică la nivelul diferitelor segmente ale organismului. Multitudinea tehnicilor izotopice a făcut posibilă examinarea selectivă a circulației superficiale (cutanate), profunde (musculare) și globale. **Pletismografia** cu ocluzie venoasă permite determinarea cifrică a irigației arteriale a unei extremități, iar **serioarteriografia** a devenit astăzi o metodă indispensabilă în explorarea bolilor vasculare periferice.

Diversele forme ale **arteriografiei** creează posibilități pentru stabilirea aspectului morfologic al vaselor, localizarea și extinderea procesului obliterativ și



Termografie în infraroșu.
Imagini radiologice ale controlului circulației arteriale folosind tehnica Doppler.

aprecierea circulației colaterale. Investigația arteriografică furnizează și informații valoroase cu privire la formele clinice și la stabilirea modalităților de tratament. În prezent nu se poate concepe o intervenție chirurgicală pe artere fără explorarea arteriografică prealabilă. **Ultrasuneto-angiografia** (bazată pe reflectarea ultrasunetelor de către hematiile aflate în mișcare), datorită simplității tehnicii și preciziei rezultatelor pe care le oferă, permite localizarea topografică a arterelor, constituind o metodă de bază în diagnosticarea bolilor arteriale periferice.

Rezultatele cercetărilor din ultimii ani au contribuit la formarea unei noi opinii în diagnosticul arteriopatiilor obliterante periferice, determinând o schimbare substanțială în tratamentul lor, în scopul combaterii factorilor cauzali, ameliorării irigației membrului bolnav și îmbunătățirii troficității tisulare la periferie. În caz de ateroscleroză obliterantă tratamentul constă în abandonarea fumatului, combaterea hiperlipidemiilor, dislipidemiilor și a diatezei trombotice, influențarea metabolismului pereților vasculari patologici. În trombangita obliterantă, în afara abandonării fumatului (care în mod frecvent duce la o remisie), se va evita frigul și se vor asana focarele de infecție. În concepția actuală, indicațiile tratamentului vasodilatator (cu Tolazolin, Valcrein, D.H. Ergotoxină, Complanin) sînt limitate. Astfel, arteriopatiile spastice („sindrom Raynaud”, arteriospasm funcțional) beneficiază de tratament cu vasodilatatoare „în sine”, iar trombangita de vasodilatatoare asociate cu medicație hipervolemizantă. În schimb, în arteropatia obliterantă și angiopatia diabetică vasodilatatoarele nu sînt indicate, întrucît pot agrava ischemia.

Ameliorarea circulației colaterale a membrului ischemizat se poate realiza prin terapia hipervolemizantă, eficiență maximă obținându-se prin perfuzii intravenoase cu soluții de Dextran (crește presiunea de perfuzie și scade viscozitatea sanguină, determinînd ameliorarea irigației membrului bolnav). În ultimii ani, în tratamentul arteriopatiilor obliterante au fost introduse medicamente care acționează prin diminuarea viscozității sanguine (Trental, Torental, Flusico). Tratamentul oxianabolizant — cu Aspartin, Panangin, Tromcardin, Fosfobion — are ca scop ameliorarea toleranței țesuturilor la hipoxie, iar oxigenoterapia intraarterială și oxigenarea hiperbarică urmăresc corectarea hipoxiei locale, prin creșterea saturației în oxigen a singelui. Tratamentul antitrombotic se aplică în scop curativ în caz de tromboze recente constituite și profilactic — cu aspirină, Dipridamol, Indometacin, doze mici de Heparină — la persoanele cu predispoziție la tromboză. Tratamentul chirurgical al arteriopatiilor cronice obliterante a cunoscut în ultimii ani o importanță și o extindere din ce în ce mai semnificativă. Intervențiile hiperemizante — simpatectomia toracală superioară și lombară — vizează modificarea vasomotricității, întrerupînd reflexele vasoconstrictoare și asigurînd o hiperemie regională, simpatectomia este indicată în special în „maladia Bürger” și în arteriopatiile obliterante care nu se pretează chirurgiei restauratorii, iar intervențiile reconstructive constituie metode ideale în rezolvarea obliterării arteriale.

În tratamentul și reabilitarea bolnavilor arteriopatii sînt apreciate metodele fizioterapeutice și balneare. Dintre cele fizioterapeutice cele mai eficiente sînt gimnastica medicală (se aplică terapia prin mers în interval, bolnavul efectuînd 3/4 a indicelui disbazic în mai multe etape) și gimnastica tip „Bürger” (ridicarea și coborîrea membrelor). Balneoterapia — metodă simplă, fiziologică și deosebit de accesibilă — este aplicată sub formă de băi carbogazoase și mofete (la Covasna, Borsec, Tușnad, Vatra Dornei, Buzias) prin care se realizează o hiperemie regională cu creșterea perfuziei în membrele inferioare.

**Prof. dr. doc. Endre HORVÁTH și
doctor în medicină Z. BRASSAI
I.M.F. — Tg. Mureș**

ACTUALITĂȚI ÎN DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT

**SPIRIT OFENSIV ÎN PREVENIREA ȘI COMBATAREA
INAMICULUI NR. 1 AL SĂNĂȚĂȚII • TERAPIE
INTENSIVĂ ÎN CARDIOLOGIE • PACEMACKERELE
ÎN FUNCȚIUNE • DIGITALA NU MAI ESTE SINGURUL
MEDICAMENT EFICACE • METODE MODERNE DE
VIZUALIZARE A INIMII**

Sintetizată în cursul ultimelor decenii, noua concepție privind lupta împotriva bolilor cardiovasculare a adus în prim-planul actualității medicale spiritul ofensiv, profilactic printr-un complex de măsuri început prin combaterea la copii a reumatismului și continuat prin imprimarea la adulți a unor măsuri igienico-dietetice definite de conceptul vieții raționale. Achizițiile științifice ale acestui secol au influențat fundamental și posibilitățile de investigație și intervenție terapeutică. Vom începe prezentarea acestora prin explicarea posibilităților actuale ale medicinei intensive.

Unitățile de terapie intensivă pot fi definite ca secțoare medicale speciale unde sînt asigurate permanent supravegherea și tratamentul pacienților cu afecțiuni grave, în general acute. Aceste unități dispun de un personal pregătît în mod special, prezent 24 de ore din 24, și de o aparatură perfecționată. Ele permit salvarea în fiecare an a nenumărate vieți și asigurarea la un mare număr de pacienți a vindecării bolii și revenirea la o existență normală. Ritmologia (diagnosticul și tratamentul de urgență al tulburărilor de ritm cardiac) este unul din aspectele medicale cel mai frecvent întâlnite în medicina intensivă în cardiologie. Ea beneficiază astăzi de aportul tehnic a două proceduri relativ recente: defibrilarea și stimularea cardiacă artificială.

Defibrilarea utilizează energia electrică ca agent antiaritmîc și constituie o inovație semnificativă în cardiologie. Ea constă în descărcarea transtoracică, la nivelul inimii, a unui scurt impuls de curent electric, care întrerupe tulburarea de ritm cardiac prin depolarizarea totală a fibrelor musculare ale inimii. Înmagazinarea și transferul de energie electrică necesare defibrilării se fac cu ajutorul unor aparate moderne (defibrilatoare). Aplicarea șocului electric se face numai după producerea unei narcoze ușoare cu ajutorul unor preparate barbiturice administrate intravenos. Astăzi nu se mai poate imagina o unitate de terapie intensivă sau un serviciu de urgență fără defibrilator. Defibrilarea este o metodă de tratament rapidă, relativ inofensivă și efektivă în eradicarea multor tulburări grave ale ritmului cardiac, pentru mulți pacienți fiind o metodă salvatoare și adeseori mai sigură decît orice altă terapie farmacologică.

Stimularea cardiacă artificială este astăzi de asemenea larg răspîndită, reprezentînd un progres terapeutic important. În unitățile de terapie intensivă ea poate fi folosită în reanimarea inimilor oprite și în controlul aritmiilor cardiace grave. De asemenea, poate servi unor scopuri profilactice, la pacienții car-

diaci supuși unor investigații agresive, în timpul inducerii anesteziei sau al practicării operațiilor. Pentru a putea stimula inima se plasează un electrod (stimulare unipolară) sau doi electrozi (stimulare bipolară) în contact sau în vecinătatea imediată a mușchiului inimii. Electrozii stimulatori sunt conectați la un generator de puls artificial (cardiostimulator sau pacemaker) care asigură producerea repetitivă a unui stimul electric de o intensitate și de o frecvență anumită pe minut, reglabile. După locul de contact al electrozilor, stimularea cardiacă realizată poate fi: **transtoracică, transeofagiană sau transvenoasă**. Călea transvenoasă este cea mai utilizată. Ea urmărește plasarea transvenoasă, prin puncția sau deschiderea unei vene periferice de la baza gâtului sau de la plica cotului, a unor sonde cu electrozi stimulatori în contact cu interiorul peretelui cardiac, de obicei la nivelul vîrfului inimii. Ea se face sub control continuu radioscopic, pentru a se evita malpoziționarea endocavitară a electrodului stimulator. Există în prezent un mare număr de modele de cardiostimulatoare și de electrozi stimulatori, cu caracteristici electrofiziologice variate, care permit medicului folosirea în deplină securitate a acestei metode moderne de tratament.

Terapia intensivă în cardiologie poate pune la dispoziția specialiștilor și alte mijloace moderne de reanimare cardiorespiratorie, care pot contribui convergent la vindecarea sau la salvarea bolnavilor cardiaci. Este neîndoios că de aceste metode beneficiază în primul rînd cei cu infarct miocardic acut, cu tulburări grave de ritm și cei în insuficiență cardiacă acută.

Aproximativ 200 de ani digitala a fost singurul medicament cu eficiență puternică la bolnavii cu insuficiență cardiacă. În ultimele decenii un progres substanțial s-a realizat prin asocierea substanțelor diuretice la digitală. Un nou progres are loc în prezent prin introducerea în tratamentul bolnavilor cu insuficiență cardiacă a medicamentelor cu acțiune vasodilatatoare.

În insuficiența cardiacă există în general o reducere a capacității de contracție a musculaturii inimii, o acumulare crescută de sînge în partea venoasă a ei și o îngustare de tip spastic a vaselor mici în partea arterială a circulației. Substanțele vasodilatatoare prin acțiunea la nivelul venelor reduc introducerea singelui spre inimă, iar prin scăderea rezistenței vasculare în sectorul arterial ajută inima să funcționeze cu un randament mai bun.

Unele medicamente acționează mai mult la nivelul venelor (Nitroglicerina, Pentalong, Izoket), altele pe sectorul arterial (Hidralazina, Regitina, Minoxidil) după cum sint medicamente care acționează pe ambele zone, venoasă și arterială (Nitroprusiatul de sodiu, Nifedipine, Prazosin, Captopril).

Asocierea acestei noi categorii de medicamente la cele deja folosite în insuficiența cardiacă a dus la prelungirea vieții și la o ameliorare a stării funcționale a acestor bolnavi.

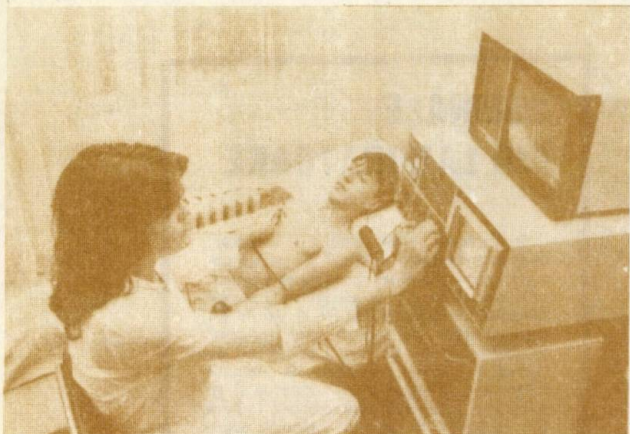
Și utilizarea inhibitorilor de calciu în tratamentul bolilor cardiovasculare se impune ca o nouă terapie. Medicamentele cunoscute ca inhibitori de calciu produc o reducere a trecerii ionilor de calciu prin membranele celulare în interiorul celulelor. Numărul substanțelor cu această acțiune este în creștere, o parte fiind deja folosite în tratamentul cardiacilor. Cele mai cunoscute: Verapamilul (Isoptin), Nifedipine (Adalat), Lidoflazina, Diltiazem, Prenilamine (Agozol, Segontin). Inițial au fost folosite unele în angina pectorală, dar în prezent asistăm la extinderea aplicării altora (Agozol, Adalat, Diltiazem) în special în angina produsă prin spasm coronarian. S-a observat la unele substanțe inhibitoare de calciu (Verapamil, Lidoflazina) o acțiune puternică în tulburările de ritm ale inimii, în special la nivelul atriilor și astfel posibilitățile noastre terapeutice au crescut.

SEMNALE DIN LABORATOARE

● Conform unor studii și cercetări efectuate de către oamenii de știință sovietici, pentru a putea face față excepționalelor sarcini pe care le are inima ca pompă sanguină, ea ar trebui să fie de 40 de ori mai puternică. Se pare că acest deziderat se realizează cu ajutorul a peste 600 de „substații pompe”, prezente în mușchii scheletului, în organele depozitare de sînge și în alte sisteme. ● Cercetătorii indieni sint de părere că infarctul miocardic apare frecvent în regiunile cu apă săracă în calcar. Pentru aceasta ei au făcut o serie de determinări de microelemente din serul unor loturi de bolnavi cu sechele de infarct, constatînd o modificare a acestora față de normal. ● Specialiștii din R.F. Germania au descoperit o substanță activă numită alinidină, care în caz de efort fizic evită creșterea ritmului cardiac și adaptează capacitatea inimii la nevoile organismului prin mărirea cantității de sînge pompată. Efectul este cu atît mai valoros cu cît la medicamentele cu efect similar, cum sint betablocaante, reducerea frecvenței inimii este însoțită și de o diminuare a puterii acesteia. ● Cercetători de la Academia de științe a R.P. Chineze au realizat un nou medicament cu efect anticoagulant extras din veninul de viperă, deosebit de eficace în cardiopatiile ischemice, tulburările cerebrovasculare și inflamațiile tunicii interne a arterelor. ● Un grup de medici și bioingineri de la Universitatea din statul Utah (S.U.A.) a pus la punct cadrul și detaliile transplantării unei inimi din poliuretan pe baza cercetărilor efectuate în urmă cu 15-20 de ani. Experimentele pe animale de laborator sint satisfăcătoare. ● Cu prilejul unui recent congres al Uniunii societăților americane de biologie experimentală s-au subliniat efectele pozitive pe care le au extractele de ulei de somon în reducerea nivelului trigliceridelor și al colesterolului, implicate în apariția infarctului miocardic.



Aparatură modernă cardiografică la Spitalul clinic „Brîncovenesc” din Capitală.



În ultimii doi ani au apărut dovezi convingătoare că unele preparate (Nifedipina) au o acțiune evidentă și în tratamentul hipertensiunii arteriale. Este promițătoare și observația că administrarea de Nifedipină pe cale sublinguală, ca Nitroglicerina, poate avea un efect rapid de reducere a hipertensiunii paroxistice severe.

Există o afecțiune cardiacă caracterizată prin hipertrofia pereților inimii, uneori cu tulburări în expulzarea singelui din ventriculul stâng în aortă, cunoscută sub numele de cardiomiopatie hipertrofică obstructivă. Recent s-a demonstrat că inhibitorii de calciu (Carapamil, Nifedipine) reduc această obstrucție și asigură o evoluție favorabilă, fără complicații.

Din aceste exemple rezultă și marile posibilități terapeutice ale acestei categorii de medicamente și se justifică speranța în largirea indicațiilor în viitor prin apariția de noi preparate.

În prezent, medicina dispune de diverse metode de vizualizare a inimii și ele au un rol incontestabil în încercarea noastră cotidiană de obținere a unui diagnostic cât mai precis și cât mai precoce cu putință. Printre aceste metode de studiu a structurilor cardiace „in vivo” echocardiografia se impune neîncetat întrucât poate explora precis anatomia, dimensiunile și starea funcțională (mobilitatea) diverselor structuri intracardiace, fiind o metodă atraumatică (neinvazivă) și neionizantă (nevătămătoare pentru organism).

În echocardiografie principiul de bază este studiul și înregistrarea ultrasunetelor reflectate: un fascicul de ultrasunete este pulsant printr-un cristal piezoelectric în timpul unei fracțiuni de secundă. El este propagat în linie dreaptă și parțial reflectat când întâlnește interferențele dintre două medii de densitate acustică diferită. Între fiecare emisiune, cristallul piezoelectric înregistrează ecourile reflectate. Semnalele reflectate primite sînt afișate pe un osciloscop și apoi înregistrate, ceea ce permite recunoașterea și studiul structurilor tisulare.

În practica clinică se folosesc două tehnici echocardiografice: **echocardiografia monodimensională**, în care imaginea obținută este o reprezentare schematică a structurilor inimii în funcție de un fascicul ultrasonic unctiform în funcție de timp (echo TM), care cere un real efort de interpretare și nu explozează cordul decât într-o singură și unică direcție; **echocardiografia bidimensională**, care permite studiul inimii în două dimensiuni realizînd o veritabilă ehotomocardiografie dinamică, ne dă nu numai o imagine directă a inimii, superpozabilă celor date de planșele de anatomie, dar și o imagine dinamică, în funcțiune a inimii. Ambele tehnici sînt complementare și au o valoare diagnostică incontestabilă în **patologia cardiacă valvulară**, prin recunoașterea și cuantificarea leziunilor valvulare, în **cea miocardică**, prin aprecierea anomaliilor segmentare ale contracției cardiace, în **cea pericardică** prin depistarea precoce a reacțiilor lichidiene intrapericardice și în **stabilirea exactă a neoformărilor intracardiace**. Realizarea examenului echocardiografic este ușoară și reproductibilă, iar imaginile reprezentate pe ecranul osciloscopic pot fi înregistrate pe bandă video pentru a putea fi ulterior analizate.

Prof. dr. Costin CARP,
Dr. Dinu DRĂGHICI

Clinica de cardiologie a Spitalului „Fundeni”

PIESE DE REZERVĂ PENTRU INIMĂ

Interviu cu prof. dr. doc.
Ioan Pop D. POPA

șeful Clinicii de chirurgie cardiovasculară
a Spitalului „Fundeni”

11 600 de oameni operați la Clinica de chirurgie cardiovasculară a Spitalului „Fundeni” din București, începînd din 1976, trăiesc și muncesc, jumătate din ei avînd implantate în inimă una, două sau chiar trei valve artificiale. 11 600 de oameni — bărbați, femei, copii — care n-ar fi avut nici o șansă să mai trăiască, se bucură de viață, continuînd să fie părinți, soți, fii... Așa s-ar putea rezuma cei 6 ani de muncă ai colectivului condus de prof. dr. Ioan Pop D. Popa, colectiv care și-a cîștigat un adevărat prestigiu științific în întreaga lume. Ca urmare, vin la București medici din diferite țări ale lumii pentru a se specializa în domeniul atît de delicat al chirurgiei cardio-

vasculare. Paralel cu activitatea profesională și cu cea didactică, la Fundeni se desfășoară o intensă activitate de cercetare științifică, se fac experimentări ale unor materiale și dispozitive, au loc reuniuni științifice, sint elaborate studii, cărți, manuale. Încercăm în discuția cu prof. dr. doc. Ioan Pop D. Popa să abordăm din această vastă arie problematică un singur aspect: proiectele pentru anul 1983.

— Așadar, stimate tovarășe profesor, în anul 1982, la București, a avut loc o consfătuire pe tema „Chirurgia valvulară în cardiopatiile dobândite”. De ce s-a ales această temă pentru o consfătuire națională?

— Secția de chirurgie cardiovasculară a U.S.S.M. și-a ținut prima consfătuire națională. Este un eveniment care are loc la 6 ani de la înființarea Centrului de chirurgie cardiovasculară „Fundeni”, la 4 ani de la recunoașterea specialității de chirurgie cardiovasculară în cadrul celorlalte specialități și, în fine, la 2 ani de la înființarea secției de chirurgie cardiovasculară a U.S.S.M. De atunci, spre satisfacția noastră, peste 11 600 de bolnavi au fost operați cu rezultate bune numai la Fundeni, sute de lucrări științifice, comunicări, manuale și tratate au văzut lumina tiparului sau au fost prezentate în consfătuiri științifice naționale sau internaționale.

— Cum se explică totuși interesul dv., atât de marcat în ultimul timp pentru chirurgia valvulară?

— Este cunoscut că fiecărei etape istorice îi este propriu un anumit tip de îmbolnăviri. Etapei noastre, în cadrul bolilor cardiace, îi sint specifice bolile valvulare, mai ales cele dobândite. Ele invalidează circa 50 la sută din bolnavii cardiaci. Frecvența mare a bolilor valvulare, infirmitățile grave, scurtarea speranței de viață, cheltuielile și numărul mare al invalidităților provenite din aceste boli au făcut ca problema să fie mereu în atenția specialiștilor. La formele simple un tratament calificat, condus atent, respectat întocmai de către pacient poate aduce într-un anumit stadiu supraviețuiri de lungă durată. Din păcate, nu același lucru îl putem spune despre îmbolnăvirile valvulare în stadiu mai avansat, cînd tratamentele cunoscute sint puțin eficace, necesitînd intervenția chirurgului, ca dealtfel în multe alte afecțiuni cardiace.



Biovalva „Pop D. Popa”

— Presa noastră a informat la timpul oportun că în domeniul chirurgiei valvulare școala românească are o concepție aparte, deosebită, de exemplu, de cea americană — susținînd că este preferabilă înlocuirea a trei valve din cele patru ale inimii decît transplantul. Astfel de operații se realizează azi frecvent la București, constituind adevărate performanțe chirurgicale. În acest sens, cred că este corect să amintesc că mai înainte de a ne acorda acest interviu, dv. ați efectuat trei operații pe cord: o dublă protezare unui bolnav de 32 de ani, o comisurotomie unei paciente de 49 de ani și o pericardotomie unei bolnave de 57 de ani. În același timp, în alte blocuri operatorii de la Fundeni, dr. Martin Constantinescu realiza un by-pass coronarian, dr. Socodeanu o comisurotomie, dr. Roth o corecție a ischemiei membrilor inferioare, iar conf. dr. Pavelescu o arteriotomie. În total, într-o singură zi, 14 operații. Consultînd programul de ope-



rații pe o singură săptămână am putut constata că realizați frecvent valvulotomii.

— Până în prezent s-au realizat peste 1 000 protezări de valve în toată țara. Semnificativ pentru efectul terapeutic este faptul că mai mult de jumătate dintre cei operați, care înainte erau adevărați invalizi, sînt azi încadrați în cîmpul muncii. E adevărat, facem frecvent înlocuiri bivalvulare și chiar trivalvulare — intervenții operatorii de foarte mare complexitate pe cord deschis. Pentru a da însă o imagine de ansamblu, vom preciza că la clinica de la Fundeni se efectuează aproximativ 2 000 de operații pe an. În mare, jumătate dintre acestea sînt operații pe inimă, iar jumătate pe artere și vene. Marea majoritate a operațiilor pe inimă sînt înlocuiri valvulare și corecții chirurgicale ale diferitelor boli congenitale. Dar practic aici se rezolvă azi operator toate bolile chirurgicale ale inimii, cum ar fi insuficiențele sau stenozele aortice și mitrale, leziunile polivalvulare, precum și un număr de afecțiuni congenitale complexe care necesită înlocuirea temporară a inimii cu o inimă artificială, ca trilogia, tetralogia și pentalogia Fallot, sindromul Lutambacher, canalul atrioventricular comun etc.

— După această trecere în revistă a realizărilor, cum ar putea fi definite preocupările de perspectivă?

— Între noile direcții de acțiune înscrîm corectarea chirurgicală a bolilor congenitale ale copilului, mergînd pe ideea că defectele congenitale pot fi operate și mai de timpuriu. Operăm în prezent numeroși copii între 2 și 16 ani. În programul pentru anul 1983 avem înscrisă însă dezvoltarea chirurgiei defectelor congenitale la nou născuți. Tot în 1983 vom dezvolta, în limitele solicitărilor, operarea bolilor coronariene, care, statistic, încep să crească ocupînd locul trei în ordinea frecvenței.

— Am scris în urmă cu cîteva luni despre realizarea primelor „piese românești de rezervă pentru inimă”: „Biovalvele Pop D. Popa”, experimentate în Italia de „S.O.R.I.N. — Biomedica”. Ce alte noutăți ne rezervă programul de cercetare al clinicii de chirurgie cardiovasculară?

— În cadrul programului de cercetare preconizăm alături de introducerea în practică a „Biovalvelor artificiale românești — Pop D. Popa” și realizarea primelor artere artificiale de concepție românească. În această cercetare colaboratorii mei sînt dr. Mircea Dobre, dr. Dinu Gherghiceanu și un grup de ingineri,

— Dar în ce privește activitatea publicistică?

— Lucrăm în prezent concomitent la realizarea a trei cărți considerate de mare interes pentru specialiști: „Patologia sistemului arterial aortic” — lucrare ajunsă în stadiul în care poate fi încredințată tiparului, realizată de întregul colectiv al clinicii, la care avem satisfacția de a-l avea ca autor pe acad. Constantin Arsene. De asemenea, lucrăm la reeditarea volumelor „Inima — patologie și tratament” și „Sistemul cav inferior” — ambele în limbi străine, solicitate de specialiștii străini.

— Am păstrat pentru final o întrebare legată de un eveniment important nu numai pentru dv., ci și pentru școala românească de medicină: alegerea ca membru al Academiei franceze de chirurgie.

— E adevărat. În 1981 am publicat în revista franceză „Chirurgie” nr. 107 o comunicare pe marginea experienței cîștigate în clinica de la Fundeni intitulată „Cu privire la operarea a 28 de mixoame intracardice”. Era în fapt comunicarea prezentată în fața Academiei de medicină din Franța, raportor fiind dr. Cl. d'Allaines. Întrucît aceste operații sînt foarte rare, experiența celor 28 (acum 34!) de intervenții ale mele și procedeul operatoriu original au trezit un real interes.

— Pentru a fi mai exacti am adus cu noi un fragment din articolul apărut, fragment care reprezintă întregul comentariu al raportorului: „Sînt puține lucruri de adăugat la această comunicare foarte completă a colegului nostru din București. Cred că trebuie să-l mulțumim colegului nostru român pentru atît de importantă lucrare. Ea este o mărturie a calității echipei de chirurghi din București și a personalității sale. Academia franceză de chirurgie va putea deci profita admîndu-l pe dr. Pop D. Popa printre membrii săi”. După un atît de frumos elogiu, mai putem găsi un alt răspuns la întrebarea „Ce satisfacții profesionale au specialiștii clinicii de chirurgie cardiovasculară de la Fundeni?”

— Faptul că operează întreaga paletă a intervențiilor cunoscute pe plan mondial, cu o mortalitate foarte mică, încadrată în limite internaționale. Și poate și un sentiment de mîndrie: din ce în ce mai mulți străini solicită intervenții chirurgicale pe cord deschis la București.

Cristian IONESCU

ECHOCARDIOGRAFIA

Echografia, tehnică modernă creată de suedezii Elder și Hertz, introdusă în cardiologie acum două decenii, a deschis o etapă nouă în diagnosticul bolilor inimii. Intrebuințată inițial pentru diagnosticarea stenozei mitrale, ea a fost extinsă după anul 1965 datorită perfecționărilor ce i s-au adus de medici, bioingineri și electro-niști în diferite domenii ale medicinei.

După cum aprecia în cadrul „Zilelor medicale ale Sibiului” din acest an prof. dr. Vlaicu Roman, șeful Clinicii I medicală a I.M.F. Cluj-Napoca, echocardiografia bidimensională este „o fereastră mai mare și multiplă, oferind o imagine morfologică în două di-

mensiuni, ușor de interpretat, permițînd explorarea cordului în întregime, depistarea lichidului pericardic în fază incipientă, asigurînd diagnosticul de certitudine al calcifierilor valvulare și controlul reflexului sanguin prin valvula tricuspidă”.

Aplicată și în țara noastră, echocardiografia s-a confirmat a fi un examen important în diagnosticarea și cuantificarea cardiopatiilor hipertrofice și, mai ales, în urmărirea tratamentului medicamentos. Un colectiv de cardiologi din Sibiu, condus de dr. în medicină Radu Ispas, a utilizat examenul ecocardiografic pe 385 de subiecți cu valvulopatii mitrale reumatismale (stenoză mitrală, insuficiență mitrală sau ambele afecțiuni). Dintre aceștia 76 la sută au fost femei și 24 la sută bărbați. În

ceea ce privește frecvența valvulopatiilor mitrale ea este mai crescută în deceniile III, IV și V de viață la femei și în deceniile II și IV la bărbați. Examenul echocardiografic a confirmat diagnosticul la 56,3 la sută din subiecți și a adus un aport deosebit de valoros în aprecierea gradului de stenoză mitrală, a viciilor celorlalte componente ale aparatului valvular, a urmării cazurilor protezate.

Un aport important are echocardiografia, după opinia medicului cardiolog Gheorghe Nandriș și a colaboratorilor săi de la Spitalul județean Sibiu, și în diagnosticul prolapsului de valvulă mitrală, numărul cazurilor depistate cunoscînd o creștere importantă, de la utilizarea acestei tehnici de exa-

(Continuare în pag. 160)

OBEZITATEA- INDICATOR AL UNOR BOLI

● NORMALIZAREA ALIMENTAȚIEI CORECTEAZĂ DEREGĂRILE GLICE- MIEI DE TIP DIABETIC ● LA OBEZI ATEROSCLEROZA APARE CU 10 ANI MAI DEVREME

Stare anormală a organismului ca urmare a creșterii greutății corporale pe seama țesutului grăos (adipos), obezitatea constituie astăzi o problemă de sănătate publică prin frecvența ei în procent de 25 la sută în populația adultă. Prin consecințele sau asocierile cu alte boli: diabetul zaharat, hipertensiunea arterială, cardiopatia ischemică, dislipidemia (tulburări în compoziția grăsimilor din sînge), obezitatea constituie o problemă de sănătate publică actuală.

Greutatea ideală pentru un individ este variabilă după vîrstă și sex. Se admite pentru un adult cu o înălțime de 1,70 m o greutate de 70 kg. Dar aprecierea greutății ideale poate fi făcută și după formula dată de Metropolitan Insurance Life Company:

$$G = 50 + (0,75 (T - 150) + \frac{V - 20}{4}), \text{ în care } T = \text{ta-}$$

lia în cm, V = vîrstă în ani, iar 0,75 va fi înlocuit la femeie cu 0,9. O persoană are greutatea normală dacă se încadrează în unul din calculele de mai sus cu plus sau minus 10 la sută din greutatea ideală, dar dacă depășește cu 20 la sută greutatea ideală este supraponderală.

Cauzele obezității sînt multiple, dar în general ea este produsul intrinsecilor unor factori constituționali, predispoziții, exogeni, ai modului de viață. Supraalimentația, consumul exagerat de alcool, sedentarismul, stressul, acționînd asupra indivizilor, cu sau fără predispoziție genetică, sînt factorii responsabili în cea mai mare măsură de instalarea obezității și întîrînerea ei. Pentru a ilustra rolul supraalimentației s-a dovedit că aportul excedentar de calorii numai cu 1 la sută poate să ducă la o creștere în greutate de 1,5 kg într-un an; un supliment zilnic de 200 calorii (aproximativ o felie de piine cu unt), de asemenea, aduce într-un an un plus de 7—8 kg. Există obezitate cu creșterea volumului celulelor grăsoase, numită adipozitate hipertrofică, cu creșterea numărului acestor celule, numită adipozitate hiperplazică și adipozitate mixtă. În formele ușoare de obezitate crește doar volumul celulelor grăsoase (adipocite); odată cu agravarea ei volumul adipocitelor atinge o limită, urmată de creșterea numărului lor. Este posibil ca încă din copilărie să se dezvolte celulele grăsoase precursor (preadipocite), cărora ulterior le este suficient un stimul hormonal sau nutritiv pentru a fi transformate în adipocite. Aceste constatări evidențiază odată mai mult că riscul de obezitate pentru adult poate să înceapă încă din copilărie. Pubertatea, sarcina și menopauza sînt momente critice și favorizante pentru debutul sau agravarea obezității.

Schimbă obezitatea numai înfățișarea individului? În mod cert, nu, dar este asociată cu multe alte boli

cu implicații în patologia aparatului cardiovascular sau constituie o cauză pentru multe altele cu implicații în patologia aparatului cardiovascular. De exemplu, obezitatea se însoțește cu tulburări în metabolismul glucidic (diabeticii sînt într-un procent însemnat și obezi, iar la ei se descoperă adesea prin teste de laborator — glicemie pe nemîncate sau glicemie provocată — un diabet zaharat). Deși supraîncărcarea grăsoasă a obezului se însoțește de nivele crescute ale insulinei plasmatice, insulina ar fi în mare parte inactivată de însăși creșterea acizilor grași liberi din sînge; în consecință glucidele sînt parțial nemetabolizate și dozările glicemiei dau rezultate crescute de tip diabetic. Efecte similare, avînd ca rezultat o insulinemie crescută, dar puțin activă, ar fi produse în obezitate și prin hormonul de creștere a hipofizei anterioare, prin cortizol (produs al glandei suprarenale) și prin creșterea unor acizi aminați (valina, leucina, izoleucina). Abuzul alimentar este în relație cu hiperinsulinismul din obezitate iar normalizarea alimentației crește receptorii periferici ai insulinei și corectează dereglările glicemiei de tip diabetic. Prezența diabetului zaharat în obezitate, în procente de 35—50 la sută, ca o asociere a două boli sau ca o relație de cauzalitate, obligă la cercetarea diabetului zaharat la orice obez. Evoluția chiar asimptomatică a diabetului zaharat nedepistat și netratat duce în timp la arteriopatii ale membrelor inferioare soldate adesea cu amputații, ischemie coronariană, deseori primul pas către infarct miocardic, tulburări circulatorii oculare și/sau cerebrale, care duc frecvent la orbire sau/și la paralizii. De asemenea, obezitatea se însoțește adesea de dislipidemie. Supraalimentația și hiperinsulinismul favorizează mai ales creșterea unor fracțiuni lipidice cu densitate joasă, bogate în colesterol și cu un mare potențial în producerea aterosclerozei.

Hipertensiunea arterială este cu 20 la sută mai mult la obezii tineri și cu aproximativ 50 la sută la cei de peste 45 de ani, decît la normoponderali (mai mult la femei decît la bărbați), surplusul ponderal crescînd volumul masei sanguine și debitul cardiac, contribuind la creșterea valorilor tensiunii arteriale. H.T.A. contribuie alături de obezitate la creșterea riscului bolilor cardiovasculare în timp ce revenirea la greutatea normală contribuie eficient la reducerea valorilor tensionale la hipertensivi, dacă măsura a fost aplicată cît mai precoce, pînă la producerea modificărilor degenerative arteriale.

Fapte clinice și date statistice au dovedit că la obezi este o frecvență crescută a aterosclerozei în general, dar mai ales a aterosclerozei pe arterele inimii și cerebrale. Chiar dacă relația directă de cauzalitate între obezitate și ateroscleroză nu este unanim acceptată — prin existența unor cazuri de obezitate fără ateroscleroză — fapt de necontestat este că obezitatea, în asociere cu creșterea lipidelor sanguine, hipertensiunea arterială și diabetul zaharat are un mare potențial aterogen. La obezi ateroscleroza apare cu 10 ani mai devreme, iar infarctul miocardic și moartea subită, angina pectorală, hemoragiile și trombozele cerebrale sînt mai frecvente decît la normoponderali. Obezitatea este prezentă în peste 50 la sută din manifestările clinice de cardiopatie ischemică și în diabetul zaharat necunoscut clinic, dar depistat prin glicemie provocată.

Tulburările ventilației ale respirației care însoțesc obezitatea contribuie în mare măsură la suferința inimii și la evoluția spre insuficiență cardiacă. Rezultatele unor cercetări pe care le-am efectuat în secția de cardiologie a Spitalului județean Galați au evidențiat următoarele relații între aceste boli asociate sau condiționate reciproc: cardiopatie ischemică cu obezitate în 33,9 la sută din cazuri; diabet zaharat cu obezitate în 42,5 la sută din cazuri; cardiopatie ischemică cu hipertensiune arterială în 47 la sută din cazuri; diabet zaharat cu hipertensiune arterială în 39 la sută din cazuri; cardiopatie ischemică cu colesterol peste 250 mg% în 54,5 la sută din cazuri; diabet za-

harat cu colesterol peste 250 mg% în 40 la sută din cazuri; cardiopatie ischemică cu lipide totale peste 700 mg% în 71,5 la sută din cazuri; diabet zaharat cu lipide totale peste 700 mg% în 69 la sută din cazuri; diabet zaharat necunoscut la coronarieni depistat prin teste de laborator în 59,6 la sută din cazuri. De aceea din punct de vedere medical trebuie aprofundat fiecare caz de obezitate pentru depistarea unor boli asociate sau cu relație de cauzalitate, chiar fără manifestări clinice și care în final duc la boli degenerative ireversibile. Interesului și obligației obezilor de a-și face periodic investigații medicale trebuie să i se răspundă în aceeași măsură de medic. Numai colaborarea dintre medic și pacient poate asigura succesul prevenirii, al combaterii obezității și consecințelor ei. În obezitate și în bolile care o însoțesc, pe lângă suferințele clinice, adesea cu evoluție spre agravare pentru tot restul vieții, faptul că media de viață este cu 10 ani mai mică decât la persoanele normoponderale se adaugă la argumentele care trebuie să determine pe obezi să adopte cu fermitate măsurile de prevenire și combatere, cu atât mai mult cu cât astăzi se remarcă tendința ca aceste boli să se manifeste la virste tot mai tinere.

Măsurile de profilaxie se vor aplica cu hotărâre la copii și adolescenți și vor avea ca obiective realizarea alimentației raționale, caloric adecvată efortului fiecărui individ, fără exces de grăsimi, zaharuri rafinate și alcool, evitarea sedentarismului, iar acolo unde el este consecința profesiei se vor face exerciții de gimnastică și se vor practica sporturi. Tratatamentul propriu-zis se aplică dacă greutatea individului depășește 20 la sută din greutatea ideală, chiar în absența bolilor asociate. În principiu se va urmări diminuarea aportului alimentar și creșterea cheltuielilor energetice, prin regimuri dietetice, hipocalorice, mixte, relativ bogate în proteine și fibre vegetale, dar sărace în zaharuri rafinate, grăsimi și alcool, administrate în prinzuri mici și repetate care lasă senzația de sațietate a apetitului, nu duc la perturbări metabolice, sînt bine tolerate, iar aplicate cu perseverență dau bune rezultate.

Activitatea fizică, practicarea exercițiilor fizice și sporturilor și-au confirmat eficacitatea atât prin creșterea consumului energetic cît și prin ameliorarea metabolismului anormal al insulinei, implicată în complexitatea cauzelor care duc la obezitate. În cazurile în care nu se obțin rezultate satisfăcătoare prin aplicarea regimului igienic-dietetic, tratamentul medicamentos și investigațiile pentru depistarea unor

cauze de obezitate care țin de constituția individului se vor face numai la indicația și sub supravegherea medicului.

Doctor în medicină Radu GRIGORE
șeful secției de cardiologie
Spitalul județean Galați

CARDIOPATIA ISCHEMICĂ CRONICĂ

● CEA MAI FRECVENTĂ ȘI CEA MAI PERICULOASĂ BOALĂ CARDIOVASCULARĂ CU O GAMĂ FOARTE LARGĂ DE MANIFESTĂRI ● FACTORI DE RISC NEMODIFICABILI, DAR ȘI EVITABILI ● CONTROLUL CARDIOLOGIC, PRINCIPIU DE ÎNGRIJIRE A SĂNĂTĂȚII

În ultimii 2—3 ani, cardiopatia ischemică cronică, una din bolile cronice ale inimii a cărei frecvență este în continuă creștere în ultimele decenii, mai ales în țările cu nivel de viață ridicat, este denumită de specialiști **boală cardiacă ischemică**, termen pe care îl vom folosi în rîndurile ce urmează. Odată cu creșterea duratei de viață de la 40 la 70—72 de ani în majoritatea țărilor din Europa și America de Nord, ea a devenit „problema nr. 1” de sănătate publică. De exemplu, statisticile din S.U.A. arată că 1 din 5 bărbați adulți sînt expuși riscului de a face infarct de miocard, iar 2 din 5 decedază între 45 și 65 de ani din cauza acestei boli. În foarte multe țări, între care și România, boala cardiacă ischemică pare a fi cea mai frecventă și cea mai periculoasă dintre bolile cardiovasculare.

Principala ei cauză este îngustarea arterelor coronare, produsă printr-un proces progresiv de depu-

(Urmare din pag. 158)

minare ea constituind cea mai importantă metodă de investigație nesîngerîndă în acest caz și asigurînd un diagnostic sigur. De asemenea, în diagnosticul și evaluarea prognosticului endocarditei bacteriene, grefată pe valvula mitrală, precum și în evaluarea performanței cardiace la purtătorii de stimulator cardiac. În aceste ultime cazuri ecocardiografia este folosită de un colectiv de cardiologi din Timișoara, condus de conf. dr. Caius Streian.

Menționînd cîteva din posibilitățile ecocardiografiei în cardiologie și unele dintre concluziile unor specialiști din țara noastră, dorim să precizăm că această valoroasă tehnică medicală are aplicabilitate

și rol deosebit și în alte domenii ale medicinei, cum sînt neurologia, nefrologia, gastroenterologia și reumatologia.

ȘTIAȚI CĂ...

... în interval de 40 de minute o inimă eliberează energia necesară ridicării unui lift la etajul al V-lea?

... energia eliberată de inimă în decurs de 70 de ani este egală cu cea folosită pentru a escalada un munte înalt de 5 000 metri?

... patru inimi puse în locul cilindrilor unui autoturism ar putea deplasa vehiculul cu o viteză de 4 km pe oră, realizînd înconjurul pămîntului într-un an?

... cel mai mare dușman al inimii este nicotina?

... aspirina, analgezicul cel mai mult folosit, poate preveni infarctul și congestia cerebrală? Cardiologii au observat că o tabletă de aspirină, administrată zilnic poate preveni infarctul chiar în cazul unui regim alimentar bogat în grăsimi?

... C.I. Parhon, întemeietorul școlii românești de endocrinologie și geriatrie, studiînd modificările anatomice pe parcursul întregului ciclu ontogenetic, a descoperit că odată cu vîrsta inima își schimbă geometria ventriculară — unul din factorii cei mai importanți în determinarea insuficienței cardiace latente a bătrînilor?

neri de grăsimi și colesterol în pereții acestora, care duc la formarea „plăcilor de aterom” (ateroscleroză) ce le micșorează calibrul și limitează aprovizionarea cu sânge a mușchiului cardiac. La îngustarea arterelor coronare se adaugă adesea spasmul lor ca un factor brutal de reducere a fluxului sanguin.

Ateroscleroza este o boală generală, dar localizarea ei la arterele coronare și pericolozitatea pe care o reprezintă a făcut ca numeroase studii referitoare la cauzele și modalitățile de apariție a aterosclerozei să fie direct corelate cu cele legate de boala cardiacă ischemică. Astăzi sint două mari categorii de factori de risc coronarian, care, asociați în grade variate, cresc posibilitatea apariției bolii.

Prima categorie cuprinde **factori de risc nemodificabili, de neinfluențat** (sexul masculin, vîrsta peste 40 de ani, ereditatea încărcată prin existența bolilor de inimă și a hipertensiunii arteriale la părinți, frați, bunici, unele tulburări moștenite în metabolismul grăsimilor și glucidelor), care trebuie considerate veritabile semnale de alarmă, atenționînd individul asupra gradului crescut de îmbolnăvire. A doua categorie cuprinde o serie de **factori care odată cunoscuți pot fi evitați sau înlăturați**. De exemplu, creșterea lipidelor și colesterolului în sânge este direct corelată cu abuzul alimentar de grăsimi animale și de dulciuri, cu obezitatea și diabetul; dacă la aceste abuzuri se adaugă sedentarismul și stressul psihic, caracteristice vieții moderne, precum și dăunătoarele obiceiuri — fumatul, excesul de alcool și cafea — precum și hipertensiunea arterială, afecțiune deosebit de frecventă și adesea tratată fără supraveghere medicală, este completă lista factorilor de risc pe care-i putem evita și înlătura, reducînd posibilitățile de a face boala.

Dealtfel, boala cardiacă ischemică cuprinde o gamă foarte largă de manifestări clinice, unele tipice, ușor de recunoscut și de pacient, altele atipice, posibil de trecut cu vederea sau confundate cu alte altor afecțiuni. Întrucît în aceste condiții se poate adesea greși fie prin exces de prudență, fie prin indiferență, este util să cunoaștem cîteva amănunte despre manifestările clinice ale bolii. De exemplu sint două categorii de forme majore de manifestare ale ei: **formele dureroase** (care prin elementul durere sperie bolnavul aducîndu-l mai repede la medic) și **formele nedureroase**, de cele mai multe ori descoperite întîmplător în urma unui consult medical. La rîndul ei boala cardiacă ischemică dureroasă cuprinde mai multe forme clinice de boală: **angina de piept** (angorul de efort, stabil) care se manifestă clinic printr-o durere constrictivă, cu caracter de gheară, de apăsare sau de arsură în dreptul inimii (precordial), durere ce poate iradia spre gît, spre umărul și brațul stîng, în degetele inelar și mic de la mîna stîngă, durere care apare la efort, frig, emoții și enervări și care cedează la repaus (criza anginoasă tipică). Bolnavii sint adesea opriți pe stradă de durere; mulți dintre ei s-au obișnuit să stea și să privească, de pildă, o vitrină pînă trece criza. Nitroglicerina, administrată sub limbă, este un medicament deosebit de eficace care, deși dă o ușoară durere de cap, oprește criza în 1—2 minute; fără să creeze obișnuință, ea poate fi folosită fără limită sau orar fix îmbunătățind circulația, reducînd spasmul și dilatănd coronarele. A devenit o regulă ca fiecare bolnav de angină de piept să aibă în buzunar flaconul de nitroglicerină. **Infartul miocardic acut** — manifestarea cea mai severă a cardiopatiei ischemice, debutează de cele mai multe ori cu durere precordială intensă, prelungită (poate dura ore și nu cedează la nitroglicerină), este însoțită de senzație de frică, transpirații, sufocare. Bolnavul necesită internare în spital, repaus absolut la pat și tratament strict supravegheat avînd în vedere posibilitățile de complicații grave și chiar mortalitate ridicată. De o deosebită importanță este însă o a treia entitate

clinică, denumită preinfarct, sindrom coronarian intermediar, angină instabilă sau iminentă de infarct (termeni care au aceeași semnificație), entitate care adună o serie de semne și simptome premonitorii, grupate în mai multe forme clinice, adesea nejustificate neglijate de bolnav și care netratate la timp cu maximum de prudență și complexitate pot duce la un infarct miocardic acut.

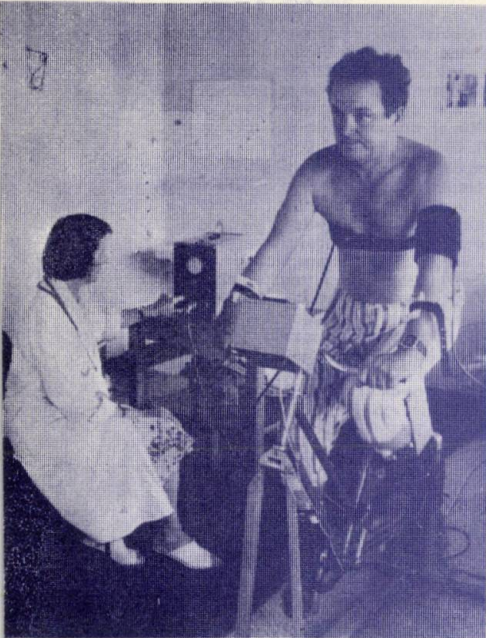
Care sint aceste modalități de manifestare? Prima criză de angină de piept („angor de novo”), care în 30 la sută din cazuri evoluează către infarct miocardic acut în 1—3 săptămîni; **angorul agravat** (manifestat prin crize anginoase mai frecvente, mai prelungite, însoțite de sufocare, palpitații, transpirații), care cedează numai la 2—3 tablete de nitroglicerină și reapar cu ușurință. Deși aceste manifestări survin la vechi coronarieni, care își cunosc boala, sint neașteptat de des neglijate, bolnavii neprezentîndu-se la medic decît după 2—3 săptămîni de suferință, adesea cînd a debutat infarctul cu tot cortegiul lui de inconveniente; **angorul de repaus** și **angorul cu orar fix** (nocturn), forme de agravare clinică apărute la vechi anginoși, dar trecute cu vederea zile și săptămîni fără a fi solicitat medicul.

Din discuții amănunțite cu bolnavii cu infarct miocardic acut internați în clinica noastră, la aproape 50 la sută dintre ei am constatat că, deși au avut o perioadă premonitorie, cu astfel de semne și simptome care prevesteau „furtuna” nu le-au acordat atenția necesară. Dacă avem în vedere și faptul că bolnavii internați în spital cu preinfarct, tratați corect (cu repaus la pat și medicație complexă) se restabilesc în 10—14 zile și doar 8—10 la sută dintre ei fac infarct, de obicei în forme clinice mai blînde și fără complicații severe, înțelegem importanța sesizării din timp a unor schimbări în manifestările bolilor de inimă.

Dar alături de importanța cunoașterii și semnalării la timp a manifestărilor „iminenței de infarct” trebuie să subliniem și particularitățile celei de-a doua forme majore de boală cardiacă ischemică, forma nedureroasă. Apariția unor tulburări de ritm ale inimii, simțită de bolnav sau descoperită la un consult medical întîmplător, este adesea unica expresie a aterosclerozei coronariene. Un examen electrocardiografic întîmplător poate duce la descoperirea unor modificări ce arată că bolnavul a avut cîndva fără să știe infarct de miocard sau altă formă de boală coronariană. Instalarea semnelor clinice ale unei insuficiențe cardiace (oboseală nejustificată, sufocări nocturne, palpitații, edeme la membrele inferioare, dureri în regiunea ficatului) duce bolnavul la medic, iar examenul clinic și electrocardiografic evidențiază drept cauză a acestor suferințe o boală cardiacă ischemică. Cea mai severă și primejdioasă manifestare clinică a acestei boli cronice nedureroase de inimă ca primă și unică expresie a existenței ei și a nedescoperirii la timp rămîne însă moartea subită. De aceea, ar trebui să devină o regulă de îngrijire a sănătății controlul cardiologic la 6—12 luni pentru orice bărbat trecut de 45 de ani și pentru orice femeie după menopauză, mai ales dacă sint obezi, hipertensivi, diabetici, fumători sau cu ereditate încărcată. De asemenea, chiar dacă este considerată hiperprudență, orice durere precordială apărută la efort sau frig este bine să fie judecată de medic și nu lăsată la voia întîmplării.

Astăzi, boala cardiacă ischemică este tratabilă și poate beneficia de o evoluție foarte lungă fără complicații neplăcute, cu condiția să fie abordată cu responsabilitate de bolnav, care să respecte întocmai regimul de viață și tratamentul stabilit de medic.

Doctor în medicină
Gabriela ȘERBAN PÎRIU
Clinica de cardiologie
a Spitalului „Caritas”



DUPĂ INFARCTUL MIOCARDIC

● DUPĂ 2-3 LUNI DE LA DEBUT, DACĂ APLICĂ UN PROGRAM DE REABILITARE, FOSTUL BOLNAV ÎȘI REIA ACTIVITATEA ● ANTRENAMENTUL FIZIC ADUCE O NOTABILĂ AMELIORARE ● ALIMENTAȚIA RAȚIONALĂ, RENUNȚAREA LA FUMAT, MENȚINEREA GREUTĂȚII NORMALE — ACHIZIȚII PENTRU TOATĂ VIAȚA

Creșterea frecvenței bolilor cardiovasculare, și în special a cardiopatiei ischemice, a determinat o sporire a preocupărilor pentru reducerea consecințelor lor.

Înființarea unităților de terapie intensivă și dezvoltarea arsenalului terapeutic medicamentos au făcut să scadă complicațiile dramatice ale fazei acute. Dar bolnavii rămân totuși cu implicații fiziologice și psihosociale destul de

importante. Este datorită specialiștilor să analizeze aceste probleme și să încercă să le rezolve. Ar fi iluzoriu și periculos să ne închipuim că există programe standardizate de recuperare a bolnavului după infarct pentru că în realitate fiecare dispune de modalități proprii de reabilitare. Motivarea pentru o mobilizare precoce după infarct este justificată de necesitatea combaterii efectelor negative ale repausului prelungit la pat. Alături de dezadaptarea aparatului cardiovascular la efort (hipotensiune ortostatică, tahicardie), atrofia musculară, redorile articulare, infecțiile urinare, constipația, blocajul respirației, flebotrombozele nu sînt decît cîteva dintre inconvenientele imobilizării la pat, care uneori au repercusiuni psihologice severe.

În general, după 2-3 luni de la debutul infarctului miocardic semnele funcționale se estompează și fostul bolnav, în cazul aplicării unui program de reabilitare își reia activitatea cu toate componentele ei profesionale și familiale.

Programele de mobilizare precoce sînt foarte variate și numeroase. Ele implică ciștigarea independenței pacientului încă din primele 3-5 zile (rasul, toaleta sumară, lectura, alimentația). Bolnavului i se permite să se dea jos din pat între a cincea și a șasea zi, cînd frecvența inimii este sub 100 bătăi pe minut, tensiunea arterială este mai mare de 100 mm coloană de mercur, iar extrasistolele ventriculare izolate sînt rare. Ridicarea precoce din pat este contraindicată bolnavilor cu insuficiență cardiacă persistentă, angor de decubit sau tulburări de ritm severe. Dacă la început bolnavul va fi sfătuit să rămînă în poziție șezînd pe marginea patului, chiar de la prima coborîre din pat acesta trebuie invitat să meargă. În următoarele 7-12 zile se impune mersul progresiv în cameră, pe coridor, astfel ca la externare în a 21-a zi de la infarct să poată fi capabil să urce 1-2 etaje. Mulți dintre cei care au suferit un infarct miocardic, din ziua a 15-a de la debut se comportă cvasinormal și pot atinge valori destul de ridicate ale capacității de efort.

Sfîrșitul perioadei de spitalizare (între a 18-a și a 21-a zi) aduce pentru bolnav un moment de incertitudine, care trebuie spulberată. Certitudinea refacerii și reîntărîri în condiții normale ne-o dă testarea capacității de efort care este bine să se efectueze la 2-3 luni de la infarct.

Antrenamentul fizic aduce o notabilă ameliorare subiectivă (diminuarea numărului crizelor de angor, o mai bună toleranță la efort, ameliorarea psihicului și creșterea dorinței de viață) care nu pare a fi atît datorită unei cir-

culații coronariene mult îmbunătățite cît mai ales unei utilizări mai bune a posibilităților funcționale ale miocardului. Altfel spus crește randamentul miocardului, la același efort nevoia în oxigen și implicit debitul cardiac sînt mai mici, cordul lucrează mai economic.

Deci dacă **etapa întâia** este relativ conservatoare, încercînd să minimizeze consecințele imobilizării la pat (mișcări active și pasive), **etapa a doua** începe cu reabilitarea propriu-zisă prin exerciții de gimnastică suedeză și se încheie cu externarea bolnavului. Ulterior creșterea intensității efortului fizic se face gradat, urmărind pulsul. Nu vom crea solicitări care să ducă la creșterea pulsului peste 30 de bătăi pe minut față de nivelul de repaus sau scăderi ale acestuia mai mari de 10 bătăi pe minut, după cum nici senzația de angor sau dispnee nu trebuie să apară. **Etapa a treia**, a reabilitării, vizează consolidarea rezultatelor obținute și adoptarea unui program de antrenament fizic susținut, progresiv crescut, supravegheat după o prealabilă estimare a capacității de efort; începe la 2-3 luni de la infarct și continuă indefinit (cel puțin 6 săptămîni fiind necesare ca să apară efectele dorite).

Ciștigarea unor deprinderi de mișcare, sport, alimentație rațională, renunțare la fumat, menținerea greutății cît mai aproape de valoarea ideală sînt achiziții pentru toată viața. Succesul reabilitării depinde mai ales de bolnav, de momentul începerii antrenamentului, de tipul acestuia și de încrederea bolnavului.

Studii numeroase arată că și perioadele scurte de antrenament (6 săptămîni) sînt suficiente pentru revenirea la lucru a celor mai mulți pacienți (85 la sută).

În condiționarea reîntoarcerii la lucru un rol important au și o serie de factori, între care atitudinea cardiacului față de profesie, anturajul în care lucrează și prezența sau absența simptomelor. Dar antrenamentul trebuie să fie bine adecvat fiecărui pacient, riguros supravegheat și continuat toată viața.

Mersul, alergatul, canotajul, ciclismul, voleiul, înotul (brass), gimnastica sînt doar cîteva forme de mișcare la care bolnavul coronarian poate adera după aceea.

Experiența Stației-pilot a O.M.S., de la nivelul Clinicii de cardiologie a Spitalului „Fundeni” în probleme de reabilitare a bolnavilor cu cardiopatie ischemică pledează pentru necesitatea folosirii antrenamentului fizic în recuperarea cardiacilor.

Dr. Silvia MĂRCUȘ
Spitalul clinic „Fundeni”

ÎN LOC DE CONCLUZII

Am prezentat, credem, suficiente argumente pentru ca fiecare să poată înțelege cit de simplu și, totodată, cit de complicat este mecanismul inimii, cit de puternică și, în același timp, cit de fragilă este acesta. Dar, mai ales, cit este de neîncercuit, deși se fac și se vor mai face încercări. Butada „Omul are două miini, două picioare, doi ochi, două urechi, doi rinichi, doi plămâni... dar o singură inimă” nu face altceva decât să-i sublinieze importanța, evidențiind grija ce trebuie să-i purtăm pentru ca inima să ne servească bine un timp cit mai îndelungat.

Am intitulat grupajul „Inima, în inima sănătății” și pentru a sugera multiplele conexiuni pe care le are cu celelalte organe, faptul că într-un ansamblu atit de unitar și de armonios alcătuit inima condiționează întregul. Mai este nevoie să amintim aceste lucruri azi, cînd oamenii dispun de informații vaste ofe-

rite de școală, de presă, de educatorii sanitari? Mai este nevoie să pledăm în final pentru ca fiecare om să-și protejeze acest organ vital prin viață rațională, prin mișcare și sport, prin alimentație corectă? Mai este necesar să pledăm pentru controlul periodic al funcționalității inimii și depistarea cit mai precoce a îmbolnăvirilor cardiovasculare?

Dacă răspundeți negativ la aceste întrebări, greșiți. Experiența ne dovedește că prea mulți oameni atotcunoscători ai mecanismelor cele mai complicate nu cunosc felul cum funcționează propria „mașină umană”. Prea mulți oameni sînt bolnavi pentru că nu știu ce trebuie să facă pentru a fi sănătoși.

De aceea, împreună cu specialiștii cardiologi din București, Cluj-Napoca, Craiova, Galați, Tg. Mureș și Sibiu, care au colaborat la alcătuirea acestui grupaj, am căzut de acord să nu prezentăm în final tradiționalele concluzii.

În loc de concluzii, vă oferim deci un slogan. Rețineți-l: „De dv. depinde ca inima să fie mereu în inima sănătății dv.”

Capitol realizat
de dr. George M. GHEORGHE
și Cristian IONESCU

AL IX-LEA CONGRES MONDIAL DE CARDIOLOGIE

Peste 5 000 de specialiști din 79 de țări s-au întrînit la Moscova în acest an la cel de-al IX-lea Congres mondial de cardiologie, printre participanți numărîndu-se și reputați specialiști români, care au prezentat o serie de valoroase lucrări ce s-au bucurat de bune aprecieri la adresa școlii noastre de medicină.

În cadrul lucrărilor congresului, care au fost deschise de către dr. H. Mahler, directorul general al O.M.S., un loc de seamă l-au ocupat diversele metode moderne de cercetare și investigație cardiacă, criteriile de diagnosticare electrocardiografice, terapia medicamentoasă și chirurgicală în principalele boli de inimă, precum și perspectivele transplantelor cardiace, și în special ale celui cardio-pulmonar.

Importanta întrînire a cardiologilor de pe toate continentele a creat posibilitatea prezentării unui bilanț în acest domeniu de activitate al medicinei dominat de tehnicile și aparaturile de investigație și diagnostic ultramoderne, a evaluării rezultatelor obținute pînă în prezent, precum și a realizării unui eficient schimb de opinii.

Congresul a evidențiat ca elemente noi terapeutice eficacitatea angioplastiei transluminale coronariene în unele forme de angină pectorală, valoarea trombolizei intracoronare în infarctul acut de miocard și ge-

neralizarea tratamentului cu vasodilatatoare în diversele forme de insuficiență cardiacă congestivă. În același timp, s-au clarificat, în contextul tehnizării actului medical, unele probleme de diagnostic și terapie privind ateroscleroza, reumatismul articular acut, valvulopatiile reumatice, aritmiile, s-a subliniat necesitatea intrîririi chirurgiei cardiovasculare cu cardiologia medicală, atît pre cit și postoperator. Cu mult interes au fost urmăriți și comunicările privind principiile și metodologia protezelor valvulare cardiace, insistîndu-se pe rolul care trebuie să-l aibă echipele cardiocirurgicale.

Delegația cardiologilor români a prezentat o serie de interesante și originale lucrări, care au confirmat și de această dată tradiția școlii românești de cardiologie. Astfel, prof. dr. Leonida Gherasim, șeful clinicii IV medicală de la Spitalul municipal din București, a comunicat o cercetare privind noi indicatori echografici în valvulopatiile mitrale, prin care se urmărește elaborarea unor metode neinvazive de apreciere a regurgitației mitrale; prof. dr. Costin Carp, șeful clinicii de cardiologie a Spitalului „Fundeni”, a susținut temele: „Infarctul miocardic la suferinții de boală valvulară reumatică”, „Studii echografice în malfuncția protezelor valvulare” și „Diagnosticul electrocardiografic al infarctului miocardic la bolnavii cu pacemaker”; prof. dr. Roman Vlaicu, șeful Clinicii I medicală a I.M.F. Cluj-Napoca, a prezentat lucrarea „Depozite de imunoglobuline și fracții ale complementului în plăcile aterosclerotice ale aortei umane”, de fapt un studiu de imunofluorescență asupra acestor plăci. Prof. dr. doc. Ioan Pop D. Popa, șeful clinicii de chirurgie cardiovasculară a Spitalului „Fundeni”, care a prezidat secțiunile de patologie vasculară, a expus comunicarea „Reintervenții în bolile recurențiale valvulare și a substituenților lor”.

Cel de-al IX-lea Congres mondial de cardiologie de la Moscova, reunind apreciați specialiști din întreaga lume, pe lîngă interesantele sale rezultate de ordin medical, a însemnat și o fericită ocazie de întrînire a savanților și cercetătorilor medicali, de afirmare a dorinței lor de a-și dedica cunoștințele și rezultatele cercetărilor apărării sănătății oamenilor și păcii.



VIZITAȚI
Stațiunea
balneoclimaterică

O INVITAȚIE PE ADRESA DV.



balvanyos
JUDEȚUL COVASNA

Situată la 20 km de Tirgu Secuiesc și la 10 km de localitatea Turia, la poalele munților Bódóc, la altitudine de 850 m, într-un imens parc natural în care predomină fagi, Balvanyos este o stațiune balneară permanentă bine cunoscută și apreciată pentru pitorescul ei și calitățile terapeutice naturale cu care este înzestrată. Dintre acestea, izvoarele cu ape minerale (carbogazoase, feruginoase, calice, hipotone), emanațiile postvulcanice de bioxid de carbon uscat, sub formă de mofete, solfatarele și climatul moderat cu acțiune tonifiantă și stimulentă sînt cele mai importante. De asemenea, valorile medii ale temperaturii — în lunile de vară între +14 și +16 grade C, iar în cele de iarnă — de minus 5 grade C —, nebulozitatea redusă și aerul puternic ozonat creează condiții favorabile curei și odihnei.

La Balvanyos se pot trata cu bune rezultate bolile cardiovasculare (hipertensiunea arterială, insuficiența mitrală și aortică compensată, arteriopatiile periferice prin ateroscleroză, varicele), dar și afecțiuni asociate (nevroză astenică, boli reumatismale degenerative și abarticulare, boli profesionale).

Cura externă se face sub formă de băi calde (în vane și bazine acoperite), băi reci de acid carbonic (un bazin în aer liber), de mofete și proceduri electro și hidroterapice.

Condiții confortabile de cazare sînt asigurate oaspetilor, în vile cu confort diferențiat, care permit efectuarea curei sau odihnei în toate anotimpurile. În stațiune este și un popas turistic cu 100 locuri în 47 de căsuțe cu 2 și 3 paturi, teren pentru instalarea corturilor, bufet, teren de sport și loc de parcare a autoturismelor.

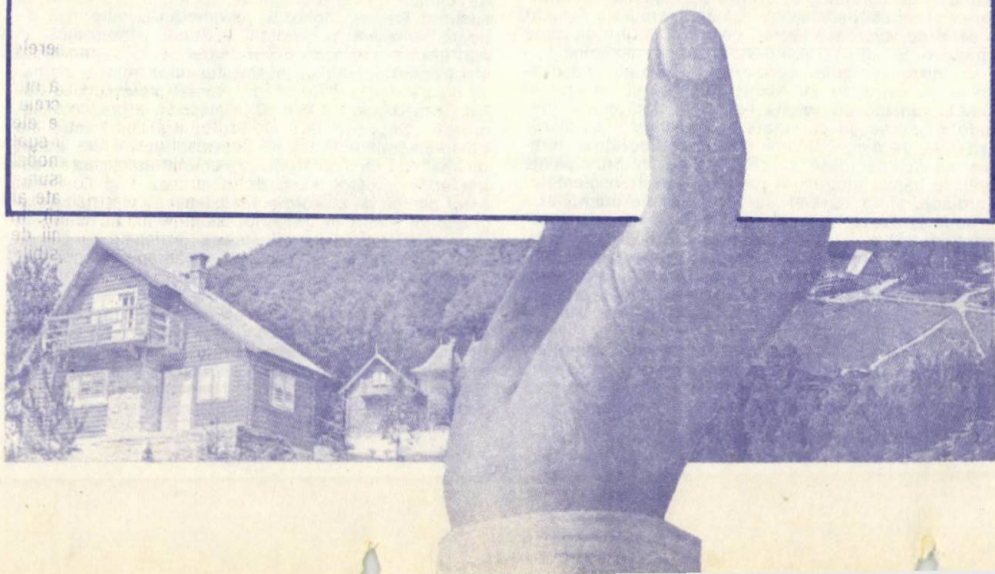
O vacanță la Balvanyos oferă posibilitatea cunoașterii unor obiective turistice interesante, situate în apropierea stațiunii: celebra peșteră de sulf (la o distanță de circa 5 km), ruinele Cetății Balvanyos, construită în secolele XI—XIII, Lacul Sf. Ana, unicul lac de origine vulcanică din țara noastră. Excursii se organizează de agenția de turism și în municipiile Sf. Gheorghe și Brașov, la băile Tușnad și Malnaș.

Stațiunea găzduiește anual — în luna iulie — un tradițional festival al cîntecului, dansului și portului popular din județul Covasna și cele învecinate.

Iarna stațiunea este locul preferat al schiorilor avansați, dar și începători, care beneficiază de instalații de baby-schi și lifturi, pot închiria snow-corturi.

În orele pe care le dedicați relaxării vă stau la dispoziție și terenul de sport, clubul modern, biblioteca cu un mare număr de volume.

Gazde primitoare vă așteaptă să vizitați stațiunea Balvanyos.



INDURSAUNE

in ORGANISMUL UMAN

SISTEMUL

NERVOUS

CEL MAI COMPLEX COMPUTER

Dispozitiv evoluat de comandă, coordonare și control, sistemul nervos uman poate fi comparat cu un complex calculator electronic. El dirijează activitatea organismului în totalitate. Împreună cu sistemul endocrin, asigură funcționarea normală a viscerelor și umorilor, iar prin activitatea creierului — în primul rând a scoarței cerebrale — intervine în integrarea biologică și socială a ființei umane.

Funcția automată de autocontrol îi conferă o evidentă stabilitate, iar prin plasticitatea și modelarea activităților sale dovedește capacități perfectabile în procesele de învățare, memorare, limbaj, muncă productivă, gândire creatoare. El condiționează, prin particularitățile lui individuale, însăși natura personalității umane.

UN IMENS CALCULATOR CU MII DE RELEE...

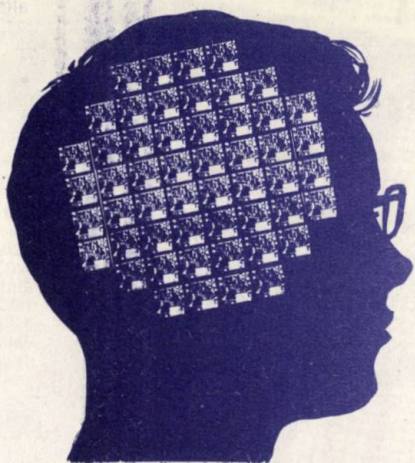
Simpla enumerare de mai sus a citorva dintre performanțele sistemului nervos arată superioritatea lui față de cel mai complex computer cu care poate fi totuși comparat. Dar și datele structurale, anatomice demonstrează marea complexitate a sistemului nervos. La om, numărul neuronilor, adică al celulelor nervoase principale, atinge cifra impresionantă de 14 miliarde, de patru ori mai mult decât populația globului. Numai pentru a-i număra, în ritmul de 1 pe secundă, zi și noapte, fără întrerupere, ne-ar trebui 500 de ani.

Fiecare dintre neuroni poate primi și transmite sute, ori multe mii de mesaje, astfel că posibilele combinații

de conexiuni interneuronale depășesc chiar numerele astronomice.

Dacă am simplifica lucrurile și am presupune că numai 1 000 000 dintre cele 14 miliarde de celule ale creierului ar intra în relații reciproce, legându-se între ele două câte două, numărul de conexiuni posibile ar fi egal cu 1 urmat de 2 783 000 de zerouri. Un asemenea model electronic ar atinge dimensiuni uriașe și ar consuma 1 000 000 000 Wați (pe cînd consumul de electricitate al creierului este evaluat la aproximativ 100 de Wați). În realitate, o mașină electronică perfecționată cu mii de relee nu reușește nici măcar să se apropie de posibilitățile mari de prelucrare a informației pe care le are creierul uman.

Sistemul nervos este un imens agregat de neuroni; neuronul, unitate structurală și funcțională, este alcătuit dintr-o celulă nervoasă și prelungirile ei (axonul și dendritele) care formează nervii periferici. Neuronul poate fi asemănat unui dispozitiv de telecomandă care prin dendrite și corpul celular primește semnale; celula are și funcții de codificare a informației și de emiteră a



semnalelor, transmitându-le altor neuroni prin prelungirea numită cilindrax. Acesta din urmă reprezintă un canal de transmisie a informației, terminațiile lui constituind dispozitivul de ieșire și decodare. Contactul dintre neuroni este numit sinapsă, loc în care informația are un substrat chimic (de exemplu, acetilcolina).

Existența miilor de sinapse la nivelul unui singur neuron realizează nenumărate conexiuni, adevărate „rețele neuronale”. Dispozitivul neuron-sinapsă nu folosește numai la transmitere, ci și la prelucrarea informației în cadrul acestor multiple rețele de neuroni, astfel încât fiecare neuron, prin procesele complexe care au loc în el, devine realmente un calculator electronic miniatural.

...CARE PERCEPE ȘI CONTROLEAZĂ CE RECEPȚIONEAZĂ

Prin organele de simț (receptorii de diferite tipuri, fiecare specializat pentru anumite excitații), creierul primește informații din medii. Toate acestea codificate ajung la anumite zone cerebrale specializate, care le transformă și le decodifică în senzații specifice. Apoi, scoarta cerebrală le prelucerează, ia decizii și, dacă este cazul, le transmite prin canale efecturilor periferice, adică organelor de execuție, cum sînt mușchii.

Creierul analizează mesajele aferente, dar nu pe toate; ele sînt prea numeroase, iar posibilitățile cerebrale limitate; el acordă atenție, într-un anumit moment, numai citorva mesaje, prin filtrarea informațiilor. Alegerea și filtrarea mesajelor au loc prin intermediul activității unei formații neuronale, numită formația reticulată. Prin mecanisme de inhibiție, exercitate de centrii cerebrali asupra receptorilor periferici, sosirea cantității de informație la centrii este controlată și reglată. Zona centrală este stimulată de către zona periferică, dar cînd excitația devine prea mare, centrul inhibă activitatea periferică printr-o cale inversă, retrogradă. Controlul central asupra periferiei realizează un autocontrol automat, ca într-o mașină cibernetică. Percepționul este o asemenea mașină electronică în stare să identifice, să recunoască anumite caractere (litere).

... ÎNVĂȚĂ ȘI MEMOREAZĂ

Un mesaj sosit în creier poate fi asociat de mai multe ori cu un altul și cînd ambele coincid de repetate ori în

timp devine, suficientă reapariția unui singur mesaj pentru ca activitatea celuiilalt mesaj să se producă. Cu alte cuvinte, doi excitanți se cuplează pe același efect; este de fapt mecanismul reflexului condiționat. Creierul efectuează deci o corelație statistică, o clasificare sintetică de mesaje, cu care, de fapt, începe la om procesul de cunoaștere, ducînd apoi la constituirea gândirii și a limbajului.

Corelația statistică, probabilitatea condiționată au permis construirea unor dispozitive tehnice electronice care funcționează analog unor reflexe condiționate simple. Există mașini cu memorie care păstrează atît informația de prelucrat cit și rezultatele intermediare. Prin analogie cu mașina, creierul memorează probabil, prin păstrarea distribuției spațiale și temporale a mesajului în circuite neuronale, sau prin stocarea informației grație modificării spațiale a configurației ribomoleculii proteice neuronale. Pentru a sublinia rolul jucat de nucleoproteine menționăm, că - după anumite calcule - toate cunoștințele de cultură ale unui om ar putea fi înscrise în 0,02 grame de acizi nucleici.

... GÎNDEȘTE ȘI REZOLVĂ PROBLEME

Creierile artificiale care sînt computerele complexe pot rezolva unele probleme, corespunzător programării lor, dînd impresia că gîndesc; unele fac traduceri dintr-o limbă într-alta, joacă șah, compun muzică etc.

În fond, diverse procese psihice umane, ca percepția, memoria, afectivitatea, gîndirea, motivația, comportamentul și altele, pot fi cu aproximație reduse la o serie de operații elementare, stereotipe, care stau la baza lor, adică, ele se pot „algoritmiza”, deși algoritmii acestia sînt vagi, condițiile logice nu mai sînt riguroase și există un grad de probabilitate. Modelarea cibernetică a sistemelor biologice (bionica) este de natură Markoviană (se conformează calculului probabilităților); sistemul nervos operează ca o mașină „stobastică” în care necesitatea se îmbină cu aleatorul (întimplătorul). Soluțiile problemelor pot fi multiple și ele depind de activitatea complexă a creierului.

CREIER UMAN = CREIER ARTIFICIAL?

Evident, creierul uman nu este egal cu un creier electronic artificial. Creierul omului - am văzut - este mult mai complex, mai plastic, se adaptează rapid, este inventiv, multilateral, izvor de creații artistice, invenții, descoperiri științifice, nu se limitează la un singur program de operații etc. Oricum, chiar dacă pe viitor se vor putea construi creiere automate polifuncționale, chiar cu virtuți creatoare din ce în ce mai apropiate ca posibilități creierului uman, acesta va continua mereu să dețină supremația. Numai creierul nostru este dotat cu conștiință, numai el este supus unei interacțiuni sociale care îl dezvoltă și modelează, numai el are posibilități de compensare în caz de leziune sau boli, numai el se autodezvoltă și autoreproduce, deși această ultimă calitate, autoreproducerea, este în principiu modelabilă, unele mașini fiind programate să se poată reproduce.

Creierul artificial va rămîne mereu un produs al minții umane, un produs minunat, o unealtă creată special de om pentru a-i ușura munca și care în anumite domenii limitate (de exemplu, calcule, soluționarea unor probleme) poate întreci performanța respectivă a creierului uman. Dar, nu în ultimă analiză, diferența dintre creierul uman și cel artificial stă în natură - cel puțin în prezent - total opusă a substratului lor material, respectiv substanță vie, materie fără viață.

ROSTUL COMPARAȚIEI

Se pune întrebarea: de ce se consideră necesară, sau în tot cazul utilă, compararea sistemului nervos al omu-

lui cu un dispozitiv cibernetic, cu un computer, dacă ele se deosebesc și nu sînt identice? Răspunsul este simplu, fiindcă din această comparație, din acest raționament prin analogie, care ne permite să spunem că creierul lucrează „ca un computer”, au de profitat și știința care studiază creierul uman, dar și tehnica cibernetică a construirii creierilor electronici. Ambele discipline se dezvoltă reciproc: prin analiza modului de funcționare a computerilor cîștigă înțelegerea activităților complexe cerebrale și invers prin studiul fiziologiei sistemului nervos se obțin date care contribuie la elaborarea unor mașini electronice mai perfecționate.

EXISTĂ O „PATOLOGIE” A CIBERNETICII UMANE?

Dacă sistemul nervos poate fi comparat cu un computer, atunci orice alterare a rolului său coordonator, orice lezare a unor căi nervoase sau neuroendocrine reprezintă o perturbare în „transmiterea informației”, o boală care alterează adaptarea automată a organismului, stabilitatea lui. Nevrozele, psihozele sînt dereglări în desfășurarea conexiunilor neuronale, cu o deviere a circulației informaționale, cu alterări corticale cerebrale de decodare și decizie. Mesajele neuroendocrine sînt

perturbate în dereglări hipofizare, tiroidiene etc.; informația la nivelul sinapselor, mediatorilor poate fi alterată ca în miastenie (sinapsa neuromusculară), boala Parkinson (sinapsa interneuronală nigro-striată) etc.

Comunicarea interumană prin limbaj este viciată în afazie, cînd emisfera cerebrală stîngă nu-și mai exercită normal rolul său dominant pentru activitatea verbală; tremurătura din leziunile cerebelului se explică printr-un deficit de reglare automată a informațiilor privind coordonarea musculară. Acestea sînt cîteva exemple de „boli informaționale”. Ținînd seama de rolul important de comandă și de autocontrol pe care sistemul nervos îl exercită asupra restului organismului, înțelegem necesitatea de a preveni orice boală a acestui sistem. Profilaxia trebuie făcută prin antrenarea capacităților de rezistență, adaptare și compensare ale sistemului nervos, printr-o viață exemplară, ca regim de muncă, odihnă, alimentație, fără excese, fără stressuri deosebite; cruțarea și protejarea creierului, a sistemului neuroendocrin constituie, totodată, o medicină profilactică a bătrîneții.

Iar dacă o afecțiune informațională a apărut, tot sistemele electronice automatizate sînt chemate să-și aducă aportul lor medicinei, pentru efectuarea rapidă automatizată a explorărilor de laborator, pentru prelucrarea computerizată a diagnosticului medical.

Conf. dr. Radu BULANDRA
șeful Clinicii de neurologie
a Spitalului „Fundeni”



LABORATOR CU MULTIPLE FUNCȚIUNI

Ficatul este cea mai mare glandă a organismului, situată subdiafragmatic în dreapta, de culoare roșie-brună, cântărind 1 500—1 600 g. La adult, reprezintă 1/40—1/50 din greutatea corporală, iar la copii 1/20—1/30 din greutate (datorită activității hematopoetice din timpul vieții fetale).

Prin așezarea sa în calea singelui provenit din tubul digestiv, pancreas și splină, prin numeroasele și variatele transformări chimice ce au loc la nivelul lui și prin volumul mare al irigației sale sanguine, acest organ digestiv ocupă un loc central în menținerea vieții. Înlăturarea sa nu este compatibilă cu supraviețuirea, deoarece are multiple funcții care nu pot fi suplinite de nici un alt organ. Astfel, ficatul interceptează tot singele din tubul digestiv, pancreas și splină, realizând variate și multiple transformări chimice asupra alimentelor, la parte (prin secreția biliară) la digestia și absorbția intestinală, jucând un rol important de glandă digestivă; la nivelul său au loc degradări și sinteze ale materialelor absorbite (necesare consumului energetic și plastic din ficat și în restul organismului) și sunt neutralizate o serie de substanțe toxice aduse de sînge și făcute inofensive pentru organism. Tot în ficat se depozitează o parte din substanțele ce depășesc nevoile de consum imediat ale organismului. De asemenea, această importantă glandă joacă un rol în menținerea compoziției plasmiei (oferind proteine nou sintetizate, care înlocuiesc pe cele uzate), contribuie la menținerea glicemiei normale, sintetizează numeroși fermenți și degradează hormonii circulanți în exces. În fine, datorită irigației sale sanguine, ficatul reprezintă o stație importantă în reglarea metabolismului apei și a circulației de întoarcere (constituind o supapă de siguranță), iar în perioada embrionară reprezintă un organ de bază hematopoetic.

Pe drept cuvînt deci, ficatul este considerat ca un laborator central al organismului, avînd funcții digestive, în metabolismul intermediar și în menținerea compoziției sanguine, funcții antitoxice etc.

Funcția biliară a ficatului constă din secreția și excreția bilei care se varsă în intestin și are ca elemente componente importante apa, sărurile biliare, pigmentii biliari, colesterolul, lecitinele, sărurile anorganice etc. Sărurile biliare au un rol foarte important în digestia și absorbția grăsimilor, în absorbția vitaminelor liposolubile (A, D, E, K), stimulînd secreția biliară. Totodată, ele sînt necesare pentru absorbția fierului și calciului alimentar, prin complexe ferice și calcice solubile și difuzabile pe care le formează. De asemenea, mai este influențată și în stimularea peristaltismului intestinal, cît și în menținerea echilibrului microbismului intestinal.

Pigmenții biliari, un alt component de bază biliar, rezultă din hemoglobina eritrocitelor distruse, la nivelul țesutului reticulohistocitar din ficat, splină și alte organe. La nivelul ficatului, bilirubina liberă (indirectă) care s-a format în țesutul reticulohistocitar din hemoglobină, trecînd prin mai multe transformări, este preluată de celulele hepatice și transformată, prin conjugare, în bilirubină directă (conjugată). Pigmenții biliari astfel prelucrați de către ficat sînt excretați prin căile biliare intrahepatice și extrahepatice în intestin, unde se transformă în urobilinogen și stercobilinogen. Urobilinogenul se reabsoarbe în sînge, realizînd circuitul enterohepatic al urobilinogenului și o parte este preluată de celula hepatică și retransformat, iar o altă parte este eliminat prin urină. Stercobilinogenul este eliminat cu materiile fecale, cărora le dă culoarea specifică. Așa se explică de ce în icterele obstructive (mecanice), cînd nu mai

trec în intestin pigmentii biliari și săruri biliare și deci nu se mai formează stercobilinogen, iar digestia grăsimilor este deficitară, materiile fecale sînt decolorate, albicioase și grăsoase.

Cholesterolul este un alt component principal al bilei rezultat din sursele sanguină și hepatică. Ficatul sintetizează colesterolul și-l esterifică. Prin esterificare, asocieri cu acizi grași, colesterolul realizează o formă de transport a acestora din urmă spre țesuturi. Sinteza și eliminarea sa reprezintă activități specifice ale celulei hepatice. Scăderea concentrației semnifică o alterare a acestor activități, după cum în caz de obstrucție a căilor biliare (în icterul mecanic) concentrația colesterolului în sînge crește paralel cu cea a bilirubinei.

Funcțiile metabolice ale ficatului sînt extrem de complexe și indispensabile în totalitatea lor, în menținerea stării de sănătate. Astfel, metabolismul protidic depinde în cea mai mare măsură de o bună funcționare a ficatului, deoarece la nivelul lui sînt sintetizate albuminele (serinele), fibrinogenul, protrombina, glicoproteinele și o parte din globuline. De aceea, în hepatite cronice, crize hepatice etc. scade sinteza de serine, fapt ce concură la instalarea edemelor, ascitei etc. Dar ficatul mai exercită un control și asupra valorii biologice a proteinelor plasmiei, oprind pe cele uzate și reînnoindu-le prin degradări și noi sinteze cu acizi aminați proaspeți, realizînd în acest mod un echilibru dinamic între proteinele circulante și cele de rezervă. În ficat se sintetizează și **fibrinogenul**, factor important al coagulării singelui. Experimental s-a dovedit că dacă se practică hepatectomie la un animal, fibrinogenul scade pînă la dispariție. Un alt factor sintetizat de către celula hepatică în prezența vitaminei K este **protrombina**, care participă la coagularea singelui. Lipsa vitaminei K (în icterele mecanice, fistule biliare, alterarea florii microbiene intestinale) duce la scăderea protrombinei plasmatice și la severe tulburări de coagulare. Protrombina plasmatică scade, de asemenea, cînd celula hepatică este lezată. În caz de scădere a protrombinei (din cauza icterelor obstructive), administrarea de vitamină K în injecții duce la refacerea cantității pierdute, în timp ce dacă scăderea este din cauza lezării celulei hepatice administrarea de vitamină K nu dă rezultate. Ficatul intervine prin secreția biliară în **procesul de digestie intestinală a grăsimilor și în absorbția lor**. El participă la metabolismul lipidic mai ales prin sinteza, esterificarea și degradarea colesterolului, desaturarea acizilor grași și formarea de fosfolipide și trigliceride, depozitarea grăsimilor, sinteza de grăsimi din glucide și protide. În afecțiunile hepatice, toate aceste procese metabolice sînt deficitare în grade variate, cu manifestări clinice corespunzătoare.

În ceea ce privește metabolismul glucidic, la nivelul ficatului monozaharidele absorbite din intestin suferă un proces de fosforilare prin intervenție enzimatică (fosforilaza) și a hormonilor suprarenali. Sub această formă, monozaharidele se depozitează în celula hepatică, eliberînd energia necesară. După acoperirea nevoilor energetice, surplusul de glucoză este oprit în ficat și polimerizat în glicogen. Glicogenul hepatic este labil și poate ușor suferi procesul invers, de scindare a moleculei lui pînă la glucoză, care este pusă la dispoziția celulei hepatice sau a circulației generale pentru nevoile energetice. Aceasta este funcția glicogenetică și, respectiv, glicogenolitică a ficatului, activitate chimică prin care el asigură menținerea nivelului glucozei sanguine (funcția de homeostazie glicemică). Această activi-

tate în sens dublu este proprie ficatului și sistemului lui enzimatic, pentru că și mușchiul striat poate sintetiza glicogen, dar îl întrebuințează numai pentru arderile locale. Dacă aportul de glucide este insuficient, celula hepatică își consumă depozitele de glicogen, dar acestea nu scad sub un anumit nivel, iar glicemia este menținută la nivel normal. În acest caz, celula hepatică sintetizează glucoză din proteine și grăsimi (funcția de gliconeogeneză).

Ficatul dispune și de o importantă funcție antitoxică sau de neutralizare, prin care o serie de substanțe toxice exogene sau endogene sînt transformate în substanțe mai puțin toxice și eliminate ca atare. Această funcție se realizează prin conjugarea substanțelor toxice cu sulf, acidul glicuronic, glicocolul, cistina, acidul acetic etc. Un aspect ce trebuie reținut este reprezentat de neutralizarea unor substanțe toxice rezultate din degradarea microbiană a proteinelor în intestin, ca: fenoli, crezoli, indoli, scatoli, mercaptani etc., care sînt toxice mai ales pentru celula nervoasă. Un alt aspect al funcției antitoxice a ficatului este reprezentat de inactivarea unor hormoni, ca hormonii estrogeni și androgeni, hormonul anti-diuretic hipofizar etc. La bolnavii cu ciroză hepatică sau cu alte leziuni hepatice grave, din cauza slabei activități a acestor hormoni se produce atrofia testiculară cu consecințele respective.

Metabolismul mineral reprezintă încă una dintre funcțiile de bază ale ficatului, care este în mod substanțial influențat în caz de boală. În asemenea cazuri se însoțește de o serie de tulburări metabolice minerale și hidroelectrolitice, putînd merge pînă la instalarea comei dielectrolitice. În acest sens trebuie să subliniem că ficatul este organul cel mai bogat în fier, avînd deci o funcție de depozitare a fierului. Aceste depozite își au originea în fierul plasmatic și fierul absorbit din intestin. Cînd consumul de fier necesar eritropoezei sau fermentilor este mai mic decît fierul rezultat din hemoliza normală, atunci excesul se depozitează în celulele sistemului reticulo-histocitar, și în special în ficat. Cînd fierul plasmatic scade prin aport alimentar insuficient sau prin consum exagerat, ficatul eliberează fierul necesar din depozitele sale. Cuprul absorbit din intestin se depozitează în bună parte în ficat și joacă rol de catalizator în anumite etape ale sintezei hemoglobinei și, de asemenea, intră în compoziția unor fermenți (fenoloxidaze) necesari echilibrului metabolic general.

Ficatul are un rol deosebit și în sinteza și depozitarea unor vitamine. Astfel, el reprezintă cel mai bogat depozit de vitamină A din organism. Această rezervă provine din vitamina A absorbită ca atare din intestin și mai ales din diferiți caroteni alimentari, dintre care beta carotenul este sursa cea mai bogată pentru vitamină A. Convertirea carotenilor în vitamină A are loc tot aici, iar procesul chimic este catalizat de un ferment, **carotenaza**. Moleculele de beta caroten se scindează în două molecule de vitamină A. În unele afecțiuni ale ficatului suferă aportul de caroteni la ficat, sau convertirea acestora în vitamină A. În icterele obstructive cronice, de exemplu, depozitele de vitamină A din ficat se epuizează în cîteva luni, prin lipsa bilei din intestin și deci a absorbției de caroteni. De asemenea, în hepatitele cronice și în cirozele hepatice vitamină A scade în ficat și respectiv în sînge, prin insuficiența convertirii carotenelor în vitamină A.

Vitamină B1 este absorbită la nivelul mucoasei intestinale și ajunge în țesuturi, unde, printr-un proces de fosforilare reversibilă, este transformată în cocarboxilază, care degradează acidul piruvic, etapă principală în procesul de glicoliză. Cocarboxilaza sau piruvofosfatul de tiamină este sintetizată în organele cu metabolism ridicat, ca mușchii striati, sistemul nervos și mai ales în ficat. În afara de acest proces de sinteză, ficatul este locul de depozitare pentru cea mai mare parte a acestui coferment activ. În bolile de ficat, prin lipsa cocarboxilazei, acidul piruvic se acumulează în organism, iar transformarea glucidelor în grăsimi este blocată. De asemenea, în ficat sînt stocate vitamină B12, vitamină PP antipelagrosă, vitamină K etc. și eliberate pe măsură ce sînt necesare în metabolismul organismului. Toate procesele vitale din ficat, ca și din alte organe sînt catalizate de fermenți. Ținînd seama de volumul acestui organ și de variatele funcții și activități care se desfășoară în el, ne putem da ușor seama de amploarea deosebită a proceselor chimice din această uzină, mai ales că o bună parte din fermenți (enzime) necesari proceselor chimice amintite sînt sintetizați tot aici.

Iată de ce ficatul este considerat, pe bună dreptate, laboratorul central al organismului, cu funcții și activități multiple și complexe.

Prof. dr. Gheorghe DANCĂU
Institutul de medicină Timișoara

COMPRIMATE

● Cel mai lung dintre cele 206 oase ale scheletului omului este femurul, atîngînd adesea 40-50 cm, reprezentînd peste 27 la sută din înălțimea omului ● Cele mai mici oase sînt scărița, ciocănelul și nicovala. De exemplu, scărița are între 2,6 și 3,4 mm lungime ● Cel mai mare efort fizic se pare că îl face omul cînd... vorbește, dacă ținem seama că în timpul vorbirii sînt acțiunea simultană 72 de mușchi ● Cel mai dur țesut din întregul organism este smalțul dentar. El este format în procent de 95 la sută din săruri de calciu sub formă de cristale, iar din 3-5 la sută substanțe organice, mai ales proteine ● Cea mai mare parte din componentele organismului uman reprezintă apa. Din cele 70 kg care reprezintă greutatea normală a unui om cu înălțimea de 170 cm, 40 kg este greutatea apei ● Cel mai mare

consum de oxigen îl necesită miliardele de celule din scoarța creierului: 40-50 ml pe minut, adică a șasea parte din cantitatea folosită în același interval de timp de toate celelalte organe ● Particularitățile desenului care apare pe piele în bolile reumatice au fost descifrate de specialiștii de la Institutul de cercetări științifice pentru medicină experimentală și clinică din R.S.S. Lituaniană. Ei au explorat în colaborare cu specialiști din Moscova, din republicile unionale și din unele țări socialiste posibilitatea aplicării metodei în scopul diagnosticării precoce a unor boli reumatice greu de stabilit ● 21 milioane de copii se nasc subponderali în lume - dintre care 19 milioane în țările în curs de dezvoltare -, situație care le reduce șansele de supraviețuire. Cauzele subponderabilității sînt, în ordinea citată de experții O.M.S., tabagismul mamelor, numărul sarcinilor întrerupte și al infecțiilor suferite, precum și nerespectarea concediului

prenatal ● Determinarea rapidă și cu mare precizie a acuității vizuale în scopul prescrierii ochelarilor necesari se realizează de către oftalmologii din Riazani (U.R.S.S.) cu ajutorul unei instalații laser ● Femeile nefumătoare ai căror soți fumează sînt expuse riscului de a se îmbolnăvi de cancer pulmonar, la fel ca și tabagistele învererate, precizează toxicologul japonez T. Hirayama, pe baza unui studiu efectuat 15 ani pe un mare număr de femei căsătorite. Ce părere au bărbații care fumează? ● O metodă eficientă pentru controlul cicatrizării miocardului după infarct a fost pusă la punct de un colectiv de biochimisti de la Universitatea din Harkov (R.S.S. Ucraineană) și se aplică în clinicele de cardiologie. Ea se bazează pe modificările survenite cu vîrstă în organismul uman, schimbul de calogen, caracteristic perioadei copilăriei și adolescenței.

Aparatul respirator este format din căi aeriene (care conduc aerul încărcat cu oxigen spre plămâni și cu bioxid de carbon dinspre ei spre mediul extern), precum și din plămâni (principalele organe ale respirației, la nivelul lor avînd loc schimburile gazelor respective). Căile aeriene sînt reprezentate de fosele nazale, faringe, laringe, trahee și bronhii.

Fosele nazale sînt două conducte situate înapoia piramidei nazale și faringelui, despărțite una de alta prin septul nazal. Pe pereții lor laterali se află trei proeminențe numite **cornete** (superior, mijlociu și inferior), care delimitează **meaturile** (adîncituri). În meaturile superior și mijlociu se deschid sinusurile paranasale, care sînt cavități pneumatice situate în oasele vecine foselor nazale (2 sinusuri maxilare, 2 sinusuri frontale, 2 sinusuri sfenoidale și mai multe celule etmoidale). Faptul că acestea comunică cu fosele nazale are o mare importanță practică, deoarece inflamații ale mucoasei nazale (rinite) pot să se com-



APARATUL

plice în evoluția lor cu inflamații ale sinusurilor (sinuzite). În meatul inferior se deschide canalul lacrimo-nazal. La interior fosele sînt căptușite de o mucoasă care în partea superioară are în structura sa celule speciale — olfactive — ale căror prelungiri axonice formează nervii mirosului care transmit excitațiile olfactive spre zonele de integrare din scoara cerebrală. Partea inferioară a mucoasei nazale are un epiteliu de tip respirator format din celule cu cili, care au rolul de a opri diferitele impurități din aerul inspirat. În plus, e bogat vascularizată, ceea ce contribuie la încălzirea aerului inspirat.

Faringele este al doilea segment al căilor aeriene și în același timp și un segment al tubului digestiv, astfel că îl putem considera drept o „răspintie” între calea respiratorie și cea digestivă.

Aerul și bolul alimentar trec prin faringe succesiv. Faringele are forma unui jgheab deschis anterior, unde comunică de sus în jos cu fosele nazale, cu cavitatea bucală și cu laringele. În structura lui găsim o musculatură striată cu două feluri de mușchi, în funcție de orientarea fibrelor musculare: **circulari** (care prin contracția lor micșorează lumenul faringelui) și **longitudinali** (care îl ridică în timpul deglutiției). La interior, faringele este tapetat de o mucoasă care în locul unde comunică cu fosele nazale are un epiteliu de un tip respirator (celule cu cili), iar în dreptul unde comunică cu cavitatea bucală și cu laringele are un epiteliu format din celule așezate pe mai multe straturi, ultimul strat fiind format din celule turtite — pavimentoase.

Laringele este un segment al căilor aeriene și în același timp principalul organ al fonației, grație plicilor vocale care prin vibrația lor produc sunetele. Prin articularea sunetelor se produc cuvintele, realizîndu-se astfel vorbirea, caracteristică omului. Menționăm că vorbirea se realizează numai în timpul expirației, cînd coloana de aer eliminată de plămîni determină vibrarea plicilor vocale puse în tensiune prin contracția unor mușchi ai laringelui (mușchii tensori ai plicilor vocale). În sus, laringele comunică cu faringele, iar în jos se continuă cu traheea. În structura lui găsim cartilagiile: unele nepereche (cum sînt cartilagiul tiroid, cricoid și epiglota), altele pereche (cartilagiile aritenoidale), ultimele legate între ele prin articulații și ligamente. Deplasarea cartilagiilor se realizează prin musculatură striată a laringelui, deci supusă voinței. În interior se află o mucoasă care are un epiteliu cu celule ciliate.

Epiglota este situată în partea superioară a laringelui și are o formă de frunză cu petiolul în jos, fiind legată de cartilagiul tiroid printr-un ligament. În timpul deglutiției, epiglota coboară astupînd astfel comunicarea dintre faringe și laringe, în acest mod bolul alimentar pătrunde din faringe în esofag.

În interiorul laringelui mucoasa formează 4 plici (2 superioare, numite ventriculare, și două inferioare, numite vocale). Plicile vocale delimitează între ele un spațiu aproximativ triunghiular numit glota.

Traheea este un conduct lung de 10-12 cm situat în continuarea laringelui, care, în partea inferioară,

se bifurcă în cele două bronhii principale (stînga și dreapta). Traheea este formată din 15-20 de inele cartilaginoase incomplete posterior. La acest nivel se află mușchii traheali care are în structura sa fibre musculare netede înervate de sistemul nervos vegetativ. Inelele sînt solidarizate între ele printr-o membrană fibroasă. La interior traheea este căptușită de o mucoasă care are în structura sa un epiteliu cu celule ciliate și o serie de glande ce secretă mucus.

Bronhiile principale (stînga și dreapta) rezultă din bifurcarea traheei. Bronhia dreaptă este aproape de verticală, mai scurtă, cu calibru mai mare; corpii străini pătrunși prin căile aeriene se opresc mai adesea aici. Cele două bronhii pătrund în plămîn prin hilul pulmonar și se împart în bronhii lobare destinate lobilor pulmonari — cea dreaptă în trei bronhii lobare (superioare, mijlocii și inferioare), iar cea stînga în două bronhii lobare (superioară și inferioară). La rîndul lor, bronhiile lobare se împart în bronhii segmentare destinate unui segment pulmonar, unitate morfofuncțională și patologică a plămînului, cu limite și aeratie proprie (bronhia segmentară), vascularizație și patologie proprie (t.b.c. segmentar, pneumonie segmentară). Fiecare plămîn are circa 10 segmente. Fiecare bronhie segmentară se împarte la rîndul său în bronhii lobulare, de care sînt suspendați lobulii pulmonari, cu o formă piramidală cu bazele spre suprafața plămînului. Bronhiile principale (stînga și dreapta) lobare, segmentare și lobulare au în mare aceeași structură ca și traheea. Pătrunse în interiorul lobulilor ele își pierd scheletul cartilaginos care este înlocuit de fibre musculare netede cu dispoziție circulară și devin bronhiole intralobulare. Acestea se ramifică în bronhiole respiratorii (acinoase), care în partea lor terminală prezintă o mică dilatație numită vestibul. Din acesta pleacă 5-10 canale alveolare care se termină prin saci alveolari în pereții cărora se află alveolele pulmonare. Bronhiola respiratorie, vestibulul, canalele alveolare și sacii alveolari alcătuiesc împreună **acinul pulmonar**. Ramificarea celor două bronhii principale, pînă la nivelul sacilor alveolari, a primit numele de **arbore bronșic**.

Plămînii, principalele organe ale aparatului respirator, se găsesc în cutia toracică deasupra diafragmei. Ei au forma unei jumătăți de trunchi de con tăiat de la vîrf spre bază, cu o față externă, convexă, în raport cu coastele, o față internă, plană, care delimitează cu fața internă a plămînului opus — regiune numită **mediastin**, o bază ușor concavă, care se muzează pe diafragmă, și un vîrf care depășește cu cîțiva centimetri coasta I-a. Greutatea celor doi plămîni este de 1 300 g (700 g dreptul și 600 g stîngul). Culoarea este roză la făt, cenușie la adult, cenușie cu pete închise la fumători. Consistența este elastică, buretoasă. Tot la ei mai distingem o capacitate vitală (3 500 cmc) și una totală (5 000 cmc). Capacitatea vitală reprezintă suma a trei cantități de aer: **curent inspirat, inspirator de rezervă și suplimentar**. Aerul curent inspirat are o valoare de 500 cmc și reprezintă cantitatea de aer introdusă printr-o inspirație normală realizată prin contracția mușchilor inspiraatori (diafragma și intercostalii externi). Volumul aerului de rezervă (1 500 cmc) se introduce în plămîn printr-o inspirație forțată efectuată prin intrarea în funcție a mușchilor accesorii (pectorali, diniați și sternocleidomastoidieni). Aerul suplimentar este de 1 500 cmc și reprezintă cantitatea ce se elimină din plămîni printr-o expirație forțată, determinată de contracția mușchilor din peretele anterior al abdomenului (marele drept abdominal, oblicul extern, intern și transversul abdominal). Există și a patra categorie de aer — **aerul rezidual**, care rămîne tot timpul în plămîni, favorizînd menținerea forme alveolelor. El are un volum de 1 500 cmc și lipsește din plămîni în două situații: la feții născuți morți și la persoanele moarte prin înec. Suma dintre aerul rezidual și capacitatea vitală reprezintă capacitatea totală. Capacitatea vitală se măsoară cu spirometrul și este mai mică la copii, bătrîni și cei cu afecțiuni pulmonare, dar

mai mare la sportivi, unde poate atinge 6 000-7 000 cmc.

Din punct de vedere al structurii, plămînii au o organizare asemănătoare glandelor tubulo-acinoase. Sistemul tubular este reprezentat de arborele bronșic (descriș anterior), iar cel acinos (sistemul de saci) de sacii alveolari, care atîrnă de canalele alveolare. La suprafața sacilor alveolari se găsesc alveolele pulmonare care sînt foarte numeroase (circa 200 de milioane), realizînd astfel o imensă suprafață de schimb (150-200 mp).

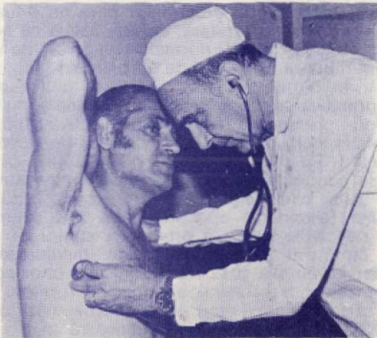
Alveolele au forma unui săculeț mic în structura căruia distingem o membrană bazală pe care este așezat epiteliul alveolar format din celule cu rol respirator și fagocitar. În jurul lor se găsește o bogată rețea capilară. Aceasta împreună cu peretele alveolar formează bariera hemato-aeriană, care este străbătută de gaze (oxigen și bioxid de carbon). Oxigenul trece din alveole în singele venelor pulmonare, iar bioxidul de carbon trece din singele arterei pulmonare în alveole și de aici este eliminat în mediul extern prin procesul expirației.

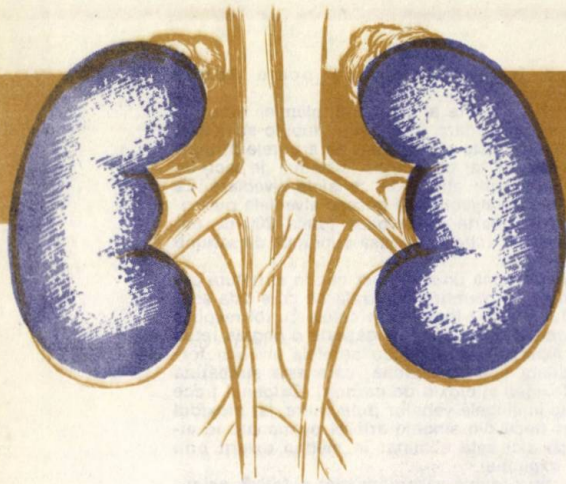
Plămînii au o dublă vascularizație: **nutritivă**, asigurată de arterele și venele bronșice, și **funcțională**, care începe în ventriculul drept prin trunchiul arterei pulmonare, iar după un scurt traiect se împarte în cele două artere pulmonare (stînga și dreapta). Fiecare arteră pulmonară formează în final o rețea capilară în jurul alveolelor pulmonare. La acest nivel bioxidul de carbon adus de artera pulmonară este cedat alveolei care-l elimină prin expirație, iar oxigenul din alveole pătrunde prin bariera alveocapilară în venele pulmonare (cite 2 pentru fiecare plămîn), care în final ajung în atriul stîng.

La exterior, plămînii sînt acoperiți de pleură, care este o membrană seroasă cu două foițe, una viscerală care acoperă plămînii la suprafață și una parietală care tapetează pereții cutiei toracice. Cele două foițe se continuă una cu cealaltă. Între cele două foițe se află o cavitare virtuală (cavitatea pleurală) care conține o lamă fină de lichid. Această lamă creează o foiță de adeziune între cele două foițe, cu rol important în dinamica respiratorie. Cele două cavități pleurale sînt independente, ele necomunicînd. În anumite situații patologice cavitatea pleurală devine reală, așa cum se întîmplă cînd între cele două foițe se acumulează aer (pneumotorax), lichid (hidrotorax), sînge (hemotorax).

Patologie pulmonară. În cazul că un individ aspiră un corp străin în căile aeriene superioare — fose nazale, faringe, laringe (monede, boabe de fasole, mărgelă, nasturi), noi trebuie să încercăm să-l scoatem cu pense și dacă nu reușim să anunțăm de urgență salvarea. În cazul unor accidente soldate cu fracturi sau fisuri de coastă, se va imobiliza toracele cu feși și în plus pe coasta bănuită a fi ruptă sau fisurată se aplică, în lungul ei, o bandă adezivă de leucoplast.

Dr. Cezar NICULESCU
I.M.F. — București





RINICHII

FILTRU DE MARE FINEȚE

Rinichiul este un organ pereche, situat lateral de coloana vertebrală, în dreptul primelor vertebre lombare, coasta a XII-a trecind peste polul său superior. De formă particulară (ca un bob de fasole), el are 12 cm lungime, 6 cm lățime, 3 cm grosime și o greutate de 150-200 g. Fiind principalul organ excretor al organismului, contribuie în mod esențial la menținerea constantei mediului intern (homeostazia) și prin aceasta la păstrarea sănătății. La nivelul rinichiului se desfășoară activități multiple (de filtrare și reabsorbție, endocrine și antitoxice etc.) în cea mai mare parte consumatoare de oxigen și energie. Așa se și explică de ce beneficiază de o circulație sanguină incomparabil mai mare decât a altor organe mult mai voluminoase, și anume, de 1 000-1 200 ml/minut (aproximativ 20 la sută din întregul debit cardiac).

În organismul uman pătrund zilnic apa și prin alimentele ingerate numeroase substanțe (proteine, lipide, glucide, vitamine, săruri minerale) din care, în urma digestiei, rezultă compuși mai simpli, care trec prin peretele intestinal și intră în circuitul metabolic general, fiind utilizați pentru refacerea țesuturilor și organelor (rol plastic) și pentru producerea de energie chimică necesară proceselor metabolice. Întreg acest proces, extrem de complex, determină apariția unui număr important de produși intermediari și finali, unii dintre ei nocivi (atunci când concentrația lor devine exagerată), puțin altera constanța mediului intern. Organul principal care împiedică acumularea acestora este rinichiul, el asigurându-le excreția în cursul **procesului de formare și eliminare a urinei**.

Formarea urinei este un proces complicat care se desfășoară în două etape în care sînt antrenate toate structurile rinichiului (glomeruli, tubi, interstițiu). În prima etapă, la nivelul glomerulilor renali, se formează **urina primitivă**, alcătuită din plasmă și componente sale, cu excepția proteinelor care nu difuzează prin membrana glomerulară. Se știe astăzi că pentru eliminarea unei cantități normale (1-1,5 l/zi) de urină, rinichiul filtrează un volum de aproximativ 180 litri de plasmă. În a doua etapă, la nivelul tubilor renali, urina primitivă se transformă în **urină finală**, concentrată, prin procese de reabsorbție selectivă (apă, glucoză, aminoacizi, săruri etc.) și de secreție (uree, potasiu etc.). Pe drept cuvînt se poate spune că rinichiul se comportă ca un filtru selectiv cu toate atribuțiile sale, care asigură, pe de o parte, epurarea sanguină (eliminarea apei în exces, a substanțelor solide nevolatile toxice, a produșilor străini de organism, cum sînt substanțele toxice, medicamentele etc.), iar pe de altă parte economisirea unor constituenți plasmatici (proteine, aminoacizi, hormoni, vitamine, săruri minerale etc.) indispensabili stării de sănătate. De asemenea, mai amintim că în afară de

funcția de epurare (legat de aceasta sau independent de ea) rinichiul mai contribuie la **menținerea echilibrului acidobazic al organismului între limite compatibile cu viața normală** (prin formarea de amoniu și prin eliminarea ionilor de hidrogen în urină) și la **reglarea tensiunii arteriale** (prin sistemul renină-angiotensină-aldosteron și prin unele substanțe hipotensoare, cum sînt prostaglandinele A2).

Rinichiul poate să sufere dintr-o multitudine de cauze, unele dintre acestea determinînd afectarea sa în principal; este deci vorba de boli proprii rinichiului, dintre care cele mai frecvente sînt **pielonefritele cronice** și **glomerulonefritele cronice** (cunoscute și sub denumirea de „nefrite”). Pielonefritele cronice sînt urmare unor infecții ale căilor urinare, ale vezicii (cistite) vechi de ani de zile, de regulă insuficient sau incorect tratate; elementele care suferă de la început sînt tubii renali. Glomerulonefritele cronice sînt boli care afectează mai ales glomerulii renali. Aceste boli duc la distrugerea progresivă a rinichiului (de regulă a ambilor), astfel încît la un moment dat el nu-și mai poate exercita rolul de filtru selectiv, de a filtra suficientă apă, uree, creatinină și de a elimina substanțe pe care le reține în mod normal (proteine). În final, ureea și creatinina din sînge încep să crească și bolnavul decedează în ceea ce se cunoaște sub termenul de uremie.

Dar rinichiul se mai poate îmbolnăvi și în cursul unor boli ale întregului organism — hipertensiunea arterială, diabetul zaharat, lupusul eritematos diseminat, guta etc. —, iar rezultatul final înclină uneori către uremie. În sfîrșit, el mai poate fi sediul formării calculilor (pietrelor) prin mecanisme nu definitiv cunoscute, dar în care joacă un rol eliminarea în exces a unor substanțe (săruri de calciu, urați etc.), ingestia insuficientă de apă, infecția renală și împiedicarea scurgerii urinei din rinichi (staza urinară) către vezica urinară.

De aceea, complexitatea posibilităților de îmbolnăvire fiind certă, sînt necesare o serie de măsuri în vederea prevenirii și combaterii bolilor renale.

La omul sănătos rinichiul își va efectua funcția sa de filtru în condiții optime dacă va avea la dispoziție o cantitate suficientă de lichide care provin din exterior (prin consum de apă, ceaiuri, supe etc.). De reținut că necesarul de apă al organismului și implicit al rinichiului depinde de temperatura corporală, a mediului ambiant și de conținutul alimentației, în sensul că febra, căldura excesivă, alimentele bogate în proteine și sare cresc necesarul ingestiei de apă. Cantitatea de lichide necesare este cea care va asigura formarea unui volum de urină de aproape 1,5 l (sau mai mult chiar). Iată pentru ce se indică a se spori consumul de lichide în anotimpurile calde. În acest mod, rinichiul va fi ferit de efortul de a elimina aceeași cantitate de deșeuri într-un volum redus de urină, se va combate staza care favorizează infecția și formarea calculilor, va fi ajutat la eliminarea unor substanțe introduse în organism (sulfamide și alte medicamente) sau formate în exces (acid uric în cursul gutei). Totodată, mai trebuie să spunem că profilaxia unor boli renale grave se face atît printr-o

alimentație corectă (excesul în unele proteine, cacao etc. poate determina la persoane predispuse afectarea organului de către acidul uric în exces), cit și prin combaterea infecțiilor (cistite banale și amigdalite) și prin tratamentul corect și continuu al hipertensiunii arteriale, iar dacă rinichiul a fost deja afectat de bolile amintite, el poate fi protejat printr-un tratament corect.

Subliniem faptul că alimentația corectă joacă un rol esențial în aceste situații și ea trebuie să asigure un aport suficient din punct de vedere caloric, dar în același timp trebuie să îndeplinească o serie de calități speciale. Astfel, dacă bolnavul prezintă retenție de apă și sare, manifestată prin apariția edemelor, administrarea de lichide trebuie raționalizată, fiind admisă o cantitate egală cu cea eliminată prin urină și pe alte căi (diaree, vărsături). Cantitatea de clorură de sodiu va fi calculată în funcție de eliminarea sa prin urină, care poate și trebuie să fie dozată frecvent. Se indică scăderea lentă în greutate a bolnavului (este necesară cîntărirea zilnică), creșterea acesteia fiind un semn de greșeală terapeutică. Dacă ureea și mai ales creatinina sanguină încep să crească, aportul alimentar de proteine trebuie să fie redus în funcție de gravitatea bolii apreciată prin cifrele creatininemiei (valoarea sanguină a creatininei, care normal este cuprinsă între 0,5 și 1,3 mg la sută). Astfel, dacă aceasta nu depășește 3 mg la sută se admite un consum de pînă la 1 g proteine pe kg greutate corporală; dacă creatinemia este mai mare, aportul de proteine trebuie să scadă, ajungînd în final în jur (sau sub) 30 g/zi. Desigur tratamentul bolilor renale, ușoare sau grave, nu poate fi făcut decît sub indicațiile și supravegherea medicului. Pe lîngă regimul alimentar, afecțiunile renale trebuie tratate prin mijloace medicamentoase și la nevoie chirurgical. Infecțiile urinare, îndeosebi pielonefritele, sînt prin excelență boli vindecabile prin tratament corect. Pentru succesul terapiei, bolnavul trebuie să

coopeze cu medicul, înțelegînd că pielonefritele (cele cronice mai ales) necesită un tratament de lungă durată și că întreruperea lui înainte de vreme poate determina reactivarea bolii. Numai specialistul (internistul, nefrologul, urologul), pe baza unor repetate analize de laborator (examen de urină, urocultură), poate stabili întreruperea temporară sau definitivă a tratamentului.

Și alte boli generale cu răsunet asupra rinichiului — cum sînt hipertensiunea arterială, diabetul zaharat — trebuie bine tratate pentru că neglijența și superficialitatea sînt urmate de creșterea tensiunii arteriale și de dezechilibrul diabetului. Aceste două boli fiind deosebit de frecvente și dîrind toată viața, insistăm ca și terapia lor să fie zilnică, atît cît durează viața pacientului. Numai așa și rinichiul va fi protejat și își va putea efectua funcțiile pînă la vîrste înaintate. Cînd este nevoie, unele boli renale sînt tratate și chirurgical (mai ales litiaza și ptoza, adică piatra la rinichi, cu coborîrea exagerată a organului față de locul lui, ca și structurile și curbările căilor urinare). Există și boli în care cantitatea de urină eliminată este crescută (poliurie). Cea mai frecventă — diabetul zaharat, cu largă răspîndire în țara noastră și cu grave consecințe pentru cei care nu o tratează corect. Rareori poliuria se poate datora diabetului insipid (prin îmbolnăvirea glandei hipofize) sau bolilor renale într-un anumit stadiu, în care rinichiul, pentru eliminarea deșeurilor din organism, face apel la o mai mare cantitate de apă excretată (așa-zisa poliurie compensatorie). De aceea, orice om care observă scăderea volumului de urină eliminată sau creșterea ei trebuie să se adreseze de urgență medicului pentru elucidarea cauzei și stabilirea tratamentului corespunzător.

Dr. Viorel ȘERBAN
Institutul de medicină Timișoara

MANTA DE PROTECȚIE

Aflați la limita superioară a corpului omenesc și constituind cel mai din afară și întins organ, pielea nu se comportă numai ca un simplu „ambalaj”, cu rolul exclusiv de a da o formă corpului uman — ci ca un complex anatomicofiziologic, cu un important număr de funcții în cadrul organismului. Dintre acestea, la loc de frunte se situează funcțiile de protecție, adică acelea destinate apărării de eventuale acțiuni vătămătoare ale unor factori din mediul extern. De aceea, avînd în vedere importanța cunoașterii acestora pentru asigurarea stării de sănătate, am considerat oportună să le prezentăm în cele ce urmează.

APĂRAREA ANTIMICROBIANĂ...

Prin poziția sa naturală, pielea se află în contact direct cu mediul exterior, fiind susceptibilă prin urmare să vină în contact cu un mare număr de agenți prezenți acolo, printre care și unii microbi. S-ar putea obiecta pe bună dreptate că în zilele noastre contactul direct cu diversele microorganisme din mediul înconjurător este limitat la anumite porțiuni ale tegumentelor (zise zone descoperite), restul pielii

beneficiind de protecția îmbrăcămîntei sau a încălțămîntei. Nu este mai puțin adevărat însă că întrebuintarea neigienică sau necorespunzătoare a unor obiecte de îmbrăcămîntă sau de încălțămîntă ori neîntreținerea lor pot favoriza agresiunile infecțioase asupra pielii. Totodată, pe suprafața pielii se găsesc unele microorganisme, mai ales bacteriene, aflate în exclusivitate la nivelul cornos al epidermului, care nu au efecte patogene, ele alcătuiind așa-numita floră saprofită cutanată, implicații asupra mecanismelor de apărare antiinfecțioasă a pielii. Astfel sînd lucrurile, să vedem modul de realizare a funcției cutanate de protecție antimicrobiană. O primă modalitate de exprimare a acesteia are drept substrat continua reînnoire a celulelor ce compun epidermul. Odată cu



descuamarea straturilor cornos — fenomen aparținând ciclului biologic — sînt îndepărtate și microorganismele ce se găsesc aici, asigurându-se pe această cale un fel de salubritate mecanică a suprafeței pielii.

O altă modalitate de apărare cutanată antiinfecțioasă se realizează printr-un mecanism de ordin biologic: la suprafața pielii, ca urmare a amestecului de apă și grăsimi rezultînd din secreția glandelor sudorale și sebacee, ia naștere o peliculă cunoscută sub numele de „film hidrolipidic superficial” sau „mantaua acidă a pielii”. Aceasta, prin condițiile chimice pe care le creează, se opune dezvoltării microbilor cauzatori de boală. Pe de altă parte, unele din bacteriile saprofite de pe piele sînt capabile să descompună grăsimile secretate la suprafața tegumentelor de glandele sebacee, în acest fel luînd naștere niște acizi grași care împiedică creșterea microbilor patogeni, fenomen denumit „autodezinfectia pielii”.

În anii din urmă s-a arătat că pielea contribuie și la inducerea reacțiilor imune ale organismului, datorită existenței în ea a unor elemente celulare specializate — „celulele Langerhans” —, capabile să capteze formațiuni antigenice și să inducă, prin conlucrare cu limfocitele, dezvoltarea unor răspunsuri imune.

...APĂRAREA ANTICHIMICĂ...

În cursul activităților gospodărești sau profesionale venim în contact cu diverse chimicale care n-ar rămîne fără consecințe dacă pielea n-ar avea acele mijloace capabile să o facă a rezista la eventualele acțiuni vătămătoare ale unor produse chimice. Această rezistență are ca substrat, pe de o parte, straturile cornos care, atît datorită structurii sale fibroase, cît și prin proprietățile sale biochimice, neutralizează unele substanțe chimice cu care pielea vine în contact. Pe de altă parte, însă, mantaua hidrolipidică intervine și ea în tamponarea substanțelor alcaline sau acide depuse pe piele. Dealtfel, explorarea capacităților de tamponare și de rezistență a pielii la alcaline și la acizi constituie astăzi o probă folosită pentru aprecierea tegumentelor în unele boli ale pielii. Dar nu trebuie să uităm că puterea de apărare antichimică a pielii nu este inepuizabilă, ea avînd dimpotriva niște limite care, odată depășite, lasă cîmp liber efectelor nocive exercitate de unii produși chimici.

FIȘĂ BIOGRAFICĂ

DATE MORFOLOGICE:

- Volum: 5 1/2 l la un adult de 70 kg
- Globule roșii: 4—5 000 000/mm³
- Globule albe: 4—6 000/mm³
- Trombocite: 150—300 000/mm³
- Hemoglobină: 13—16 g la sută
- Proportia între globulele roșii și plasmă (hematocrit): 42—45 la sută

FORMULA LEUCOCITARĂ:

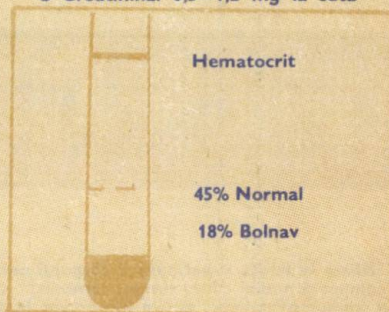
- Granulocite nesegmentate: 2—3 la sută
- Granulocite segmentate: 63—65 la sută
- Granulocite euzinofile: 1—3 la sută
- Granulocite bazofile: 0,5—1 la sută
- Limfocite: 23—27 la sută
- Monocite: 5—8 la sută

DATE SEROLOGICE:

- Grup sanguin OAB: A, B, AB, O
- Grup sanguin RH: D pozitiv, D negativ
- Alte grupe: MNSs, Kell, Duffy, Kidd, P etc.
- Anticorpi: imuni sau iregulari?

DATE BIOCHIMICE:

- Uree: 0,20—0,50 g la mie
- Proteinemie: 6—8 g la sută
- Glicemie: 0,7—1,20 g la mie
- Colesterol: 150—250 mg/la sută
- Creatinină: 0,5—1,2 mg la sută



...ȘI CONTRA RADIAȚIILOR LUMINOASE ȘI ULTRAVIOLETE

Efectele binefăcătoare ale razelor solare sînt binecunoscute, motiv pentru care băile de soare sînt recomandate ca mijloc natural de fortificare. Nu este mai puțin adevărat însă că binefacerile de care vorbeam se obțin în condițiile în care se exercită, în condiții fiziologice, protecția antiradiație a pielii. Fără aceasta radiațiile luminoase, în general, dar mai ales razele ultraviolete din binefăcătoare devin cauzatoare de boală.

Protecția antiactinică se realizează la nivelul pielii mai întîi datorită filtrului pe care-l constituie la su-



Dacă ne-am rezuma numai la cifrele expuse în această fișă succintă ar fi greu să ne imaginăm cât de strinsă este legătura dintre sănătatea noastră și fiecare dintre componentele singelui. Credem însă că citorii își pot face astfel o idee mai precisă despre rolul singelui în păstrarea unei stări de sănătate echilibrate sau despre largile posibilități pe care el le oferă medicului atunci când trebuie să pună un diagnostic în cazul imbolnăvirilor. Pentru exemplificarea posibilităților de diagnostic pe baza unei analize a singelui vom enumera o serie de afecțiuni la care simptomele clinice de care se poate plinge un bolnav apar mai tirziu decât pot fi ele prevăzute pe baza unei analize care arată modificări de la cifrele normale.

ANEMIA

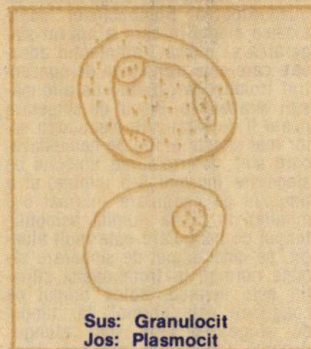
Sînt mulți bolnavi anemici la care scăderea de hemoglobină, de hematocrit sau a numărului de globule roșii pe mmc se face lent și progresiv. La astfel de scăderi organismul se adaptează și conștiința stării de anemie, deci a stării de boală, apare mult mai tirziu decât apariția modificărilor în hemogramă. Nu de puține ori întîlnim persoane care au o capacitate de muncă redusă, o stare de somnolență, iritabilitate psihică, palpitații și nu-și dau seama că aceste simptome sînt rezultatul unei anemii care s-a instalat pe nesimțite și de care nu sînt conștienți. Astfel de anemii pot apărea prin pierderi cronice de sînge în cantități mici, dar repetate. De exemplu, putem cita hemoragiile microscopice ale tubului digestiv, cauzate de leziuni ulcerative la nivelul stomacului sau de hemoroizi. Deseori pierderi cronice de sînge apar la femei în timpul unor menstruații exagerate (menoragii) sau în perioada intermenstruală (metroragii). Unele anemii cronice apar

prin tulburări de nutriție, aport alimentar insuficient sau incapacitate de absorbție a fierului alimentar. Sînt infecții cronice care pot provoca o blocare a fierului seric în sistemul reticulohistiocitar și dau anemii chiar dacă aportul de fier și absorbția intestinală sînt normale. Aceste cîteva exemple arată că apariția anemiei poate uneori să fie așa de discretă, iar adaptarea organismului la ea să fie alit de echilibrată încît numai o analiză a singelui poate permite un diagnostic și începerea unui tratament care să restabilească starea de sănătate. Nu de puține ori constatarea unei anemii este o surpriză de laborator sau, altfel spus, starea de boală în asemenea situație nu este relevantă de comportarea întregului organism, ci de analizarea unei picături de sînge.

ASPECTE DE PATOLOGIE

Infecțiile acute (microbiene sau virale) și majoritatea infecțiilor cro-

nice au o reflectare în numărul de globule albe (leucocite) sau în componența formulei leucocitare. Ori de cîte ori apare o infecție acută febrilă, numărul leucocitelor crește peste 8 000-9 000/mm³, odată cu modificarea formulei leucocitare în sensul creșterii procentului de granulocite segmentate sau nesegmentate de la 60-70 la sută pînă la 90 la sută sau și mai mult. Această leucocitoză cu polinucleoză este cel mai obișnuit răspuns sanguin față



Sus: Granulocit
Jos: Plasmocit

de o infecție microbiană acută, cum ar fi: apendicita acută, sinuzita acută, amigdalita acută, pneumonia, pielocistita. Unele infecții acute virale, cum ar fi mononucleoza infecțioasă, rujeola, rubeola, evoluează cu o leucocitoză crescută sau normală, dar cu modificări ale formulei leucocitare de alt gen: în formula sanguinleucocitară crește procentul monocitelor, plasmocitelor, celulelor Türk sau limfocitelor.

În tusea convulsivă, la copii mici, leucocitoza este foarte ridicată, dar cu creștere procentuală a limfocitelor și nu a polinuclearelor din formulă leucocitară. Există și infecții cronice care se pot oglindi în sînge prin leucocitoză ușor crescută sau prin apariția de granulații toxice în celulele polinucleare. Unele parazi-toze sau reacții alergice se traduc în formulă leucocitară printr-un

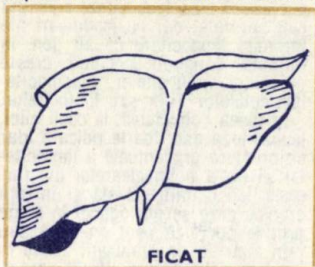
prafată stratul cornos. Într-adevăr, keratina — proteina specifică epidermului — se comportă ca o barieră fizico-optică față de radiațiile luminoase și ultraviolete. Pe de altă parte, pigmentul melanic fabricat de celule specializate din epiderm reprezintă un al doilea filtru, el avînd rolul unei frîne energetice față de particulele luminoase ce pătrund în piele. Ca și în cazul protecției antichimice, și capacitățile antiactinice ale pielii au anumite limite peste care fotoprotecția încetează. Așa se explică pentru ce expunerea intensă și îndelungată la soare provoacă leziuni ale pielii, cea mai cunoscută fiind eritemul, roșeața sau arsura solară. Dimpotrivă, expunerile raționale, progresive, la soare conduc la adaptarea treptată a pielii, tradusă printr-o pigmentare mai accentuată, ca și printr-o îngroșare moderată a stratului cornos.

Din cele relatate rezultă că pielea este dotată cu importante funcții protectoare. Pentru ca acestea să se păstreze și să rămîn eficiente este necesară promovarea unei bune igiene corporale, realizată prin spălutul cotidian, folosirea unor obiecte adecvate de îmbrăcăminte păstrate în stare de curățenie și evitarea contactului direct cu chimicale iritante etc. Dar am dori să atragem atenția și asupra unor influențe nefaste asupra funcțiilor protectoare ale pielii cauzate de folosirea excesivă a săpunurilor, detergenților, produselor deodorante, a unor parfumuri. Este necesară, prin urmare, folosirea rațională a produselor destinate îngrijirii și înfrumusețării pielii și corpului.

Conf. dr. Alexandru BĂDĂNOIU
șeful Clinicii de dermatologie
Spitalul clinic județean Craiova

procent crescut de eozinofile care, în mod normal, se întâlnesc în procent de 1-3 la sută și pot crește până la 10-20 la sută. În boala dată de chistul hidatic (transmis de la cîine la om) eozinofilia poate ajunge și la 50-60 la sută din totalul leucocitelor.

Există boli caracterizate prin scăderea numărului de trombocite sub 20 000/mm³, care se manifestă prin sîngerări spontane sau provocate de cea mai mică zgîrietură sau tăietură. Un examen de sînge însoțit de numărătoarea trombocitelor poate explica modul în care a apărut sîngerarea și indica tratamentul adecvat, care este transfuzia de concentrat trombocitar, alături de alte măsuri terapeutice. Riscul de sîngerare poate fi depistat prin efectuarea celor mai simple probe de hemostază, care sînt: determinarea timpului de sîngerare (normal 3-5 minute) și a timpului de coagulare (normal 6-9 minute). În boala numită hemofilie timpul de coagulare este mult alungit, pe cînd timpul de sîngerare rămîne normal; în trombopenii situația este inversă, adică timpul de coagulare este normal, iar timpul de sîngerare este mai alungit. Această diferențiere între cele două mari sindroame hemoragice, prin trombopenie sau coagulopatie, este simplificată. O investigație a posibilităților de hemostază presupune un număr important de determinări și explicații prea complexe, pentru a fi expuse în cadrul acestui articol.



FICAT

OGLINDA STĂRII DE SĂNĂTATE

Sîngele, combustibil de bază al vieții noastre, are legături directe prin rețeaua sa vasculară cu toate organele și sistemele organismului. Astfel, simpla analiză a sîngelui poate oferi indicii asupra funcționalității ficatului, rinichiului, pancreasului etc. Să exemplificăm.

Funcționarea normală sau patologică a ficatului se poate constata cu ușurință prin efectuarea probelor de disproteinemie. Printre cele mai importante cităm reacția cu timol, care se citește la o scară de comparație făcută cu sulfat de bariu sau la un spectrofotometru față de un martor, care este apa distilată.

În cazul funcționării normale a ficatului în serul sanguin nu se detectează mai mult de 4 unități Mac-Lagann. În hepatitele cronice timolul poate crește mult, pînă la 16, 18, 20 unități M-L.

Un ficat cu insuficiență funcțională prezintă hipoproteinemie, scăderea raportului albumine/globuline sau modificarea fracțiunilor electroforetice, în special creșterea gama-globulinelor peste 16-18 la sută. Bilirubina indirectă, care în mod normal trebuie să fie sub 10 mg la mie, depășește această cifră, însoțită - în stare de boală - de apariția în ser a bilirubinei directe. Dozarea de protrombină este, de asemenea, un indicator al funcției hepatice. În mod normal ea trebuie să fie de 80-100 la sută față de martorul normal (13-14 secunde). Toate aceste posibilități de investigație a funcției hepatice, ca și alte probe suplimentare subliniază ideea că analiza sîngelui permite în mod indirect să se facă aprecieri diagnostice asupra funcției hepatice.

Dintr-un complex important de investigații asupra funcției renale menționăm cîteva de mare semnificație diagnostică, care se fac prin analiză biochimică a serului sanguin: ureea sanguină (normal 0,20-0,50 g la mie); creatinina (normal 50-60 mg la mie); acidul uric (normal 30-65 mg la mie). Orice depășire a acestor cifre trebuie verificată și corelată cu analize de urină (albumină, glucoză, sediment etc.), iar apoi integrate într-un diagnostic care implică examen clinic.

Este una dintre glandele mixte cu secreție atât internă - în sînge, cit și externă - în duoden. Pancreasul endocrin insuficient este responsabil de boala numită diabet.

Unele tulburări digestive se oglindesc și ele în nivelul amilazei din serul sanguin. Deci cercetarea glicemiei (normală între 0,7- și 1,20 g la mie) și amilazemiei (normală între 16 și 32 unități Wohlgemuth) poate să indice o alterare a funcției pancreatice.



PANCREAS

Prin cercetarea serului sau plasmei sanguine, printr-un număr de teste de coagulare se pot diagnostica tulburări acute sau cronice ale coagulabilității sîngelui și se pot diagnostica boli, cum sînt hemofilia, fibrinogenopenia, stările de hipercoagulabilitate, fibrinoliză acută, hipoprotrombinemii etc. Analizele sîngelui, care permit aceste constatări, sînt: timpul de coagulare glo-

bală, timpul „Howell”, testul de consum al protrombinei, tromboelastograma, dozarea de fibrinogen, testul de toleranță la heparină și altele. Cifrele normale și interpretarea lor sînt prea complexe pentru a fi expuse în amănunt.

Imunizarea fetomaternală care duce la boala hemolitică a nou-născutului, imunizările transfuzionale care duc la accidente de hemoliză acută intravasculară, anemiile hemolitice imunologice auto și izoimune, care duc la deglobulizări importante, se pot detecta toate prin analize serologice ale sîngelui, cum sînt: testul papainat, titrare de anticorpi irregulari în mediu salin și albuminos, testul antiglobulinic Coombs, dozări de complement și de fracțiuni ale complementului. Pe de altă parte, tot în sînge se pot detecta anticorpi imuni antimicrobieni sau antivirali, care permit prepararea unor medicamente prețioase, cum sînt imunoglobulinele specifice (antitetanos, antirujeolă, antipertusis, antiherpes, antivariolă, antirabie, antihepatită-HBs). Din acest punct de vedere sîngele permite fie detectarea unor anticorpi nocivi, fie detectarea unor anticorpi protectori. În ambele situații interesul diagnostic al cercetării imunologice a sîngelui este cu totul deosebit.



CELULA SANGUINĂ

Unele boli de sînge de natură cancerosă, cum sînt leucemiile acute sau cronice, boala Waldenstrom, boala Hodgkin au tablouri sanguine caracteristice, care permit un diagnostic precoce și instituirea tratamentului corespunzător. Ca în orice boală malignă, cu cit se instituie mai precoce tratamentul, cu atât este mai eficient.

Fișa „biografică” a sîngelui permite concluzia generală că acest test viu nu este numai o condiție a vieții, ci, în același timp, și o oglindă a stării de sănătate.

Credem că este foarte înțelept să subliniem însă că a privi în această oglindă presupune și unele riscuri. Principalul risc este să se înțeleagă greșit semnificația uneia sau mai multor analize. Omul sănătos sau suferindul cu anumite simptome trebuie să privească în această oglindă, dar nu singur, ci cu ajutorul medicului, care știe să coreleze simptomele de laborator cu cele clinice și poate aprecia care sînt măsurile ce se impun.

Dr. doc. Vlad APĂTEANU



EFICIENȚA TERAPEUTICĂ, CONFORT, DESTINDERE LA **AMARA**

Pământ încărcat de daruri ale naturii, Bărganul găzduiește între alte bogății și două lacuri cu ape sărate — Fundul și Amara. În anul 1877, cunoscutul chimist Petru Poni stabilea compoziția chimică a lacului Amara, iar un an mai târziu chimistul francez Bertraud afirma: „Am găsit aici o apă sărată, mineralizată și un nămol negru și unsuros cu calități terapeutice deosebite, asemănătoare celui de la Frantzesbad“.

Astăzi, după mai bine de un secol, nămolul sapropelic de la Amara este deosebit de apreciat nu numai de balneologii și suferinșii din țara noastră, ci și din numeroase țări ale Europei. Bogat mineralizat, cu un mare conținut de substanțe proteice, nămolul de la Amara are proprietăți terapeutice superioare celorlalte nămoluri sapropelice din țara noastră. Predominanța sa chimică este reprezentată de ioni de magneziu și de sodiu care își exercită acțiunea terapeutică manifestată selectiv asupra sistemului nervos vegetativ și asupra sinapselor neuromusculare.

Climatul de antestepă, caracterizat prin uscăciune excesivă — mergând până la 35 la sută umiditate relativă —, este indicat suferinșilor cu procese exudative reumatismale, avînd o netă acțiune resorbtivă. Apa minerală a micului izvor din stațiunea Amara — sulfată, bicarbonată, sodică, hipotonă, atermală — este indicată celor cu pielite și pielonefrite cronice, cu litiaze renale și vezicale, cu afecțiuni hepatice, dischinezii biliare, colecistite cronice și granulose, în obezitate, gută, diabet. Folosită în inhalatii cu aerosoli, aceeași apă este recomandată celor cu afecțiuni cronice ale căilor respiratorii superioare.

Toți acești factori naturali explică deosebita eficiență terapeutică a curei balneare la Amara în boli reumatismale, ginecologice, neurologice periferice, asociate (afecțiuni dermatologice și endocrine), precum și faptul că stațiunea funcționează tot timpul anului.

Condițiile de tratament și cazare în moderne hoteluri de cură, în vile și pavilioane confortabile, gama largă de proceduri care se pot efectua în orice anotimp în condiții perfecte, precum și posibilitățile de agrement asigurate de gazde — spațiosul club, biblioteca cu mii de volume, terenurile de sport și interesantele excursii pe care filiala Oficiului de turism a județului Ialomița le organizează pe timpul sejurului sînt argumente care susțin invitația pe care v-o adresăm de a vizita stațiunea Amara.

Pell-amar

PRODUS CU PROPRIETĂȚI TERAPEUTICE MULTIPLE

Interviu cu
dr. Ștefan IONESCU-CĂLINEȘTI

— După două decenii de cercetări în domeniul balneoterapiei, extractul de nămol obținut de dv., inițial din lacul stațiunii Amara și ulterior din lacul stațiunii Balta Albă — Buzău, a fost omologat în anul 1972. De atunci, stimate tovarășe doctor Ștefan Ionescu-Călinești, pe baza acestui extract ați realizat 27 de produse terapeutice, cosmetice și pentru îngrijirea dinților, brevetate ca invenții sub marca „Pell Amar”, înregistrată în 28 de state ale lumii, semnate ale Convenției de la Madrid, care protejează inventatorul și creația sa. Prin ce se caracterizează eficiența terapeutică a produselor Pell Amar?

— Aș dori să subliniez că eficiența terapeutică a acestor produse se datorează conținutului în substanțe minerale, microelemente și aminoacizi care, deși nu sînt în cantități foarte mari, se află într-un raport chimic perfect, fapt care face să fie foarte bine acceptate de organismul uman. Dacă în terapia cu nămol integral este greu de intuit cît și unde se resoarbe principiul activ al nămolului, extractul de nămol permite atît **aplicarea generală** (în soluții pentru baie, în diluții foarte mari, care s-au dovedit științific că dau cele mai bune rezultate), cît și **localizată** (prin injecții, infiltrații, ultrasunete etc.) pe traiectele dureroase sau pe zonele inflamate dînd rezultate incomparabil mai bune decît cele obținute în urma utilizării nămolului. Alte avantaje ale produselor Pell Amar constau în multiplele lor posibilități de utilizare și absența totală a toxicității, avantaje care le indică bolnavilor vîrstnici, la care ele acționează pe baza proprietăților vasodilatatoare și sedative, fără pericolul implicației acțiunii fizice a nămolului, care le este dealtfel contraindicat. În ceea ce privește folosirea produselor Pell Amar în cosmetică, aceasta constituie o noutate pe plan mondial, cunoscut fiind că renumite firme de cosmetică din întreaga lume nu folosesc peoidele decît ca atare, pentru măști de regenerare. Or, regenerarea celulară este mult mai activă prin acțiunea extractului de nămol ce realizează pe suprafețe mici concentrații mult mai mari de principii active decît aplicațiile de nămol integral. Efectul regenerator este dovedit prin aplicarea produselor Pell Amar

în arsurile pielii, în care regenerarea este integrală și se produce paralel cu apariția în structură a fibrelor tinere de collagen. Efectul biotrofic se manifestă și în cazul administrării pe cale orală. Experimentat pe loturi de pui de găină cărora li s-a administrat în hrană pulbere de Pell Amar, s-a dovedit că are un efect biostimulator superior celui realizat cu produse industriale cunoscute. În prezent se află în proces tehnologic și va intra în producție în 1983 o cremă pentru tratarea dermatozelor și în special a psoriazisului, tablete cu efect biostimulant și antiinflamator, precum și ovule vaginale pentru tratamentul unor afecțiuni cronice ale aparatului genital feminin. În sfîrșit, pasta de dinți Pell Amar realizează la nivelul mucoasei gingivale 3 acțiuni specifice, dovedite farmacodinamic: creșterea troficității țesutului gingival, activarea circulației în acest țesut, combaterea și diminuarea inflamațiilor și infecțiilor buco-gingivale prin acțiunea sa bactericidă și bacteriostatică. Multiplele calități ale nămolului de la Balta Albă își confirmă valențele sale de bază în structura gamei largi de produse terapeutice Pell Amar utilizate în combaterea durerii, suprimarea inflamațiilor, activarea circulației sîngelui și redarea supleții pierdute de țesutul lezat prin traumatism fizic sau chimic. Față de eficiența confirmată și ținînd seama de indicațiile conducerii superioare de partid și de stat de a se folosi din ce în ce mai larg produsele naturale cu acțiune vindecătoare consider că produsele Pell Amar ar merita un loc mai important în terapeutica românească.



PELL-AMAR®

Dr. Ionescu-Călinește

COMPOZITIE

- Pell-amar: substanțe aromatzte
- Carbopol 940
- Trietanolamină
- Glicerol
- Nipagin
- Apa distilată

**PELL
AMAR**

Dr. Ionescu-Călinește

**PELL
AMAR**



— Ce grupe de afecțiuni nu pot beneficia de produsele Pell Amar?

— Asemenea tuturor biostimulatorilor, contraindicațiile sînt cele majore, adică bolile infecțioase și febrile, tuberculoza pulmonară și cancerul.

— De trei ani utilizați produsele Pell Amar la baza de tratament a Ministerului Turismului de la Hotelul „Parc” din Capitală. Cum este apreciată activitatea de aici?

— În tot acest timp baza de tratament creată pentru turiștii de peste hotare a cunoscut o evoluție ascendentă. Apreciind această evoluție și rezultatele obținute, Ministerul Turismului a hotărît deschiderea la etajul I al Hotelului „Parc”, de la 15 noiembrie a.c., a unei secții, cu o capacitate de tratament de circa 60 de pacienți pe zi, de care vor beneficia și suferinzii din țară. Cei interesați se pot adresa la hotel pentru a fi planificați la tratament.

— Ce vă propuneți pentru anul 1983?

— Să studiem posibilitățile de diversificare a tratamentului cu produsele Pell Amar, introducerea unei metodologii de utilizare foarte precisă în scopul reducerii cheltuielilor de energie inițial în stațiunile balneare mari consumatoare de nămol, iar ulterior în toate celelalte. De asemenea, să analizăm posibilitățile de a se organiza, la Hotelul „Parc”, un centru de pregătire a personalului sanitar în scopul folosirii corecte a produselor Pell Amar și al studierii acțiunii lor terapeutice pentru a le extinde utilizarea în stațiuni balneare și în unități sanitare.

— Vă mulțumim și vă dorim noi realizări.

Elena POPESCU



TROFOPAR

Interviu cu
dr. Margareta TIMAR

— Asemenea oricărei creații și un nou medicament are o anumită „biografie”. De aceea apariția lui face necesară, cu atât mai mult cu cât valoarea terapeutică este o certitudine, și cunoașterea contextului în care a apărut. Iată de ce, stimată tovarășă dr. Margareta Timar, vă rugăm să vă referiți la câteva antecedente din „biografia” medicamentului Trofopar.

— Medicamentul a apărut pe baza unei cercetări fundamentale care a urmărit interacțiunea lui cu sistemul reticulo-endothelial și a confirmat că există implicații metabolice deosebite față de funcțiile fiziologice ale ficatului și splinei. O confirmare ce a impus analizarea tuturor substanțelor existente hepatoprotectoare pentru a vedea dacă ele însele refac funcțiile metabolice ale ficatului lezat și ale splinei. Rezultatele au arătat că substanțele așa-zis hepatoprotectoare refac numai anumite funcții, iar unele dintre ele, cum este Legalon, încarcă funcțional splina — la animalele pe care au fost experimentate — producând splenomegalie. În aceste condiții experimentale am reluat tehnologia de obținere a extractelor de ficat pentru a găsi principiul activ existent în ele care să refacă funcțiile metabolice ale ficatului, iar splinei reactivitatea imunologică. Astfel, după ani de cercetări s-a reușit izolarea unei structuri peptidice care transportă, prin membrana celulară, acizii glutamic și aspartic — doi aminoacizi cu rol primordial în procesul metabolic din ficat. Cercetări ulterioare de microscopie electronică au dovedit că această structură peptidică, izolată și denumită „factor hepatoprotector”, iar comercial Trofopar, refacă membrana lezată a hepatocitului și modulează reactivitatea imunologică a splinei. Dar cercetările de microscopie electronică au relevat și alt fapt important: paralel cu refacerea acestei

membrane se refac și structurile membranelor din glanda suprarenală. S-a dovedit astfel că pentru realizarea unui efect farmacoterapeutic în afecțiunile hepatice o cerință primordială față de un medicament hepatoprotector este refacerea axului funcțional ficat-splină-suprarenală.

— Acum, după câțiva ani de prezență a Trofoparului în terapia bolilor hepatice, cum este considerat de medicii clinicieni din țara noastră și de peste hotare?

— Dintre medicamentele hepatoprotectoare existente astăzi se consideră că numai Trofopar exercită pe deplin acest efect terapeutic. Mecanismul lui de acțiune explică rezultatele clinice deosebite ce se obțin în forme severe evolutive de hepatită cronică, inclusiv de ciroză.

— Pe baza acestor rezultate clinice deosebite, vă rugăm să prezentați cititorilor noștri în mod sintetic principiile administrării Trofoparului.

— Pentru a se obține astfel de rezultate, tratamentul cu Trofopar trebuie individualizat în funcție de vîrsta bolnavului, formele clinice ale bolii — acute sau cronice — și stadiul evolutiv. În formele acute, în general o singură cură terapeutică cu 5—10 flacoane este suficientă pentru refacerea membranelor lezate de agentul patogen. În formele cronice este necesară repetarea curei la interval de câteva luni, în funcție de forma clinică a hepatitei. În cele stabilizate sau în forma persistentă este suficientă o singură cură pe an, de 10—15 flacoane. În formele evolutive, în raport de stadiul bolii, cura se repetă la intervale mai mici — de 6 sau 4 luni. Prezentînd aceste principii de administrare a Trofoparului, aș dori să menționez că automedicația nu este indicată datorită faptului că medicamentul se substituie structurilor membranelor lezate ale celulei hepatice și numai prin explorări funcționale ale ficatului se poate stabili gradul leziunii hepatocelulare și deci necesitatea aplicării unei anumite doze. Dealtfel, Trofopar se poate

obține din farmacii numai pe baza recomandării scrise a medicului. Bolnavii de ciroză beneficiază de eficacitatea terapeutică a Trofoparului dacă aplicarea curelor se face în mod sistematic și pe baza indicațiilor medicului. În acest mod terapia cu Trofopar face posibilă, în cazurile de ciroză incipientă sau după 1—2 decompensări, să se mențină mulți ani o stare clinică bună a bolnavilor.

— **Ce rol revine regimului igienico-dietetic în cazul curelor terapeutice cu Trofopar?**

— Tratatamentul cu Trofopar nu reduce și cu atât mai mult nu anulează rolul regimului igienico-dietetic specific afecțiunii hepatice. De asemenea, cu avizul medicului, bolnavul poate folosi diuretice sau alte produse medicamentoase menite să trateze în paralel afecțiuni asociate, cum sînt cardiopatiile. Totodată, în afecțiuni cronice ale ficatului există și un sindrom de pancreatită cronică ce necesită asocierea la tratamentul cu Trofopar a unor enzime pancreatice, cum sînt Trizym și Cotazym.

— **După confirmarea faptului că Trofopar este singurul medicament care exercită pe deplin rolul de hepatoprotector, ce vă preocupă în prezent?**

— Cum este și firesc, perfecționarea terapiei cu Trofopar. Datorită faptului că suferindul hepatic se adresează medicului numai în momentul în care apar anumite fenomene clinice care îi supără, am considerat necesar introducerea unei terapii dirijate cu Trofopar. Este o idee nouă și pe

plan mondial, care se realizează prin determinarea unui test din serul bolnavului, test ce pune în evidență insuficiența proceselor de troficitate splenică. Metoda, denumită F.L.L. — denumire generică în limba engleză care înseamnă „substanțe similare leucinei” — practică experimental în clinici din Cluj-Napoca, a pus în evidență faptul că diminuarea în ser a F.L.L. apare înaintea modificărilor testelor hepatice uzuale și a unor manifestări ale unei simptomatologii clinice a unui episod evolutiv al bolii de ficat. În baza acestor observații s-a preconizat administrarea de Trofopar în momentul modificării valorilor serice ale F.L.L. și utilizarea testului pentru diagnosticul precoce al afecțiunilor hepatice cronice. Se știe că după vîrsta de 40—50 de ani deseori se prezintă la medic pacienți care nu au avut afecțiuni hepatice în antecedente, dar cărora după explorări complexe — clinice și de laborator — li se pune diagnosticul de ciroză. În vederea diagnosticării la timp a unei afecțiuni hepatice asimptomatice, sperăm că metoda F.L.L. va avea o utilitate practică importantă. În aceste cazuri aplicarea tratamentului cu Trofopar poate duce la stabilizarea afecțiunii hepatice și poate împiedica evoluția ei spre ciroză. Ceea ce ne preocupă în prezent este definitivarea testului prin metoda F.L.L. și omologarea lui pentru a beneficia în mod practic un număr foarte mare de persoane.

Nicolae TURTURESCU

5 FLACOANE PULBERE LIOFILIZATA

TROFOPAR

Compoziție:
40 μg Factor Hepatoprotector
Mod de întrebuințare:
După indicațiile medicului

„BIOFARM” BUCUREȘTI — ÎNȚEPRINDERE DE



RECONSIDERAREA

APITERAPIEI

100
SUGAR COATED
TABLETS

APILARNILPROP®

Sole exporter



CHIMIMPORTEXPORT Bucharest-Romania

PRODUSE DE
ÎNTEPRINDEREA
DE MEDICAMENTE
„BUCUREȘTI“



Acum aproape 25 de ani apariția lăptișorului de matcă deschidea un nou drum către cunoașterea produselor stupului din punctul de vedere al proprietăților terapeutice. Scepticismul, neîncrederea și rezerva manifestate atunci au fost risipite curînd, lăsînd loc unui justificat sentiment de încredere, din ce în ce mai puternic, în rîndul specialiștilor din domeniul medicinei, lăptișorul de matcă confirmînd efectele sale pozitive asupra sănătății. În cei 25 de ani de atunci, alte produse terapeutice ale stupului — păstura, polenul, propolisul, veninul de albine — au contribuit la reconsiderarea pe baze științifice a apiterapieii.

Promotorul de acum 25 de ani al lăptișorului de matcă, apicultorul Nicolae V. Ilieșiu, este astăzi, împreună cu farm. Magdalena Cravenco, creatorul a două noi produse terapeutice,

realizate pentru prima dată în lume pe scară industrială — **Apilarnil** și **Apilarnilprop**.

Apreciat în mod deosebit în țara noastră și pe plan internațional, solicitat în numeroase țări, între care Anglia, Austria, Elveția, Franța, R.F. Germania, S.U.A. și Uniunea Sovietică, **Apilarnil** (drajeuri) este un complex de substanțe naturale, obținute din extract total liofilizat din larve de trîntor, cu proprietăți biostimulante asupra metabolismului general, factorii biostimulatori naturali pe care îi conține fiind bogați în precursori ai hormonilor sexuali. Energostimulant general și activator biologic, **Apilarnil** are o gamă largă de indicații în: debilitate fizică generală, astenii, stări de denutriție, convalescență postoperatorie, osteoporoză, pubertate întîrziată, climacteriu, astenie sexuală, surmenaj fizic și in-

telectual, îmbătrînire prematură și exagerată, precum și stări care necesită tonice și trofice generale, benefice metabolismului.

Datorită conținutului lor în substanțe hormonale, drajeurile de **Apilarnil** se administrează (supte sau înghițite după mesele principale) numai cu recomandarea medicului, în funcție de vîrstă — copiii, cite 1—3 drajeuri pe zi, iar adulții, cite 3—8 drajeuri pe zi. Tratamentul de întreținere se poate prelungi mai multe luni; ca tonic și trofic poate dura 40—60 de zile, urmat de o pauză de 30 de zile.

Prezentat în flacoane a 100 drajeuri sau în folii ambutizate a 10 drajeuri, **Apilarnil** drajeuri, păstrat la loc uscat, ferit de lumină și căldură, are termen de valabilitate un an.

Apilarnilprop (drajeuri) este un complex de substanțe naturale, obținut dintr-un extract total de

100

SUGAR COATED
TABLETS

Sole exporter



Apilarnil®

CHIMIMPORTEXPORT Bucharest-Romania

larve de trîntori — apilarnil. El are proprietăți biostimulante și energizante asupra metabolismului general, acționînd sinergic cu componentele din propolis (flavone, enzime, uleiuri volatile, esterii ai acizilor aromatici) și avînd proprietăți antibacteriene, antimicotice, decongestive, cicatrizante, anestezice locale și trofice. Asociați cu factorii și substanțele active din propolis, factorii biostimulanți naturali din apilarnil, bogați în precursori ai hormonilor sexuali, acționează



terapeutic și contribuie la stimularea factorilor naturali de apărare ai organismului.

Indicațiile Apilarnilpropului — în debilitate fizică generală, astenii, stări de denutriție, convalescență, după intervenții chirurgicale de amputare, osteoporoză, pubertate întîrziată, astenie sexuală, climacteriu, surmenaj fizic și intelectual, îmbătrînire prematură și exagerată, stări care necesită tonice și trofice generale — sînt completate, datorită principiilor active din propolis, cu cele privind stomatitele, gingivoragiile, parodontopatiile marginale cronice. În aceste afecțiuni stomatologice

acționează ca antiseptic, decongestiv, antimicrobian, cicatrizant, anestezic local, contactul prelungit cu mucoasa bucală și faringiană, precum și resorbția lentă a conținutului asigurînd efectele terapeutice locale și generale, explicate prin formarea unei pelicule protectoare, favorabilă și în boala ulcerosă, gastrite, colite și enterocolite.

Administrate după recomandarea medicului, în funcție de vîrstă — copiii cîte 1—3 drajeuri pe zi, iar adulții cîte 3—8 drajeuri pe zi, drajeurile de Apilarnilprop se iau după mesele principale (se sug în cazul afecțiunilor bucale și laringo-tra-

heo-bronșice, dar se înghit în celelalte afecțiuni).

Tratamentul de întreținere se poate prelungi, la indicația medicului, mai multe luni, după care se face o pauză de 30 zile.

Prezentat în flacoane a 100 drajeuri sau în folii ambutizate a 10 drajeuri, Apilarnilprop are termen de valabilitate 1 an, dacă este păstrat la loc uscat și ferit de lumină și căldură.

Cei doi creatori ai produselor terapeutice Apilarnil și Apilarnilprop au realizat recent un nou preparat de uz veterinar — Apilarnil spermatogen, injectabil, factor pentru creșterea spermatogenezei la animalele de reproducere. Experimentat pe un lot semnificativ de animale (tauri, vieri, berbeci) la întreprinderea „Semtest” din cadrul M.A.I.A. și la Institutul de cercetare și produse pentru creșterea păsărilor și animalelor mici de la Balotești (Sectorul agricol Ilfov), produsul a dat rezultate bune.

Pe agenda lor de lucru figurează, de asemenea, realizarea și sub formă injectabilă a Apilarnilului de uz uman, precum și a Apiforgum (bomboane pentru stimularea masticației), indicat copiilor, bomboane care conțin Apivitas forte, pulbere de propolis și de apilarnil, ceară specială din căpăcelele fagurilor de miere, pastă de măceșe, alte produse vegetale, substanțe aromatice și zaharoase, polimeri alimentari comestibili.

Maria TOMA



TELEVIZOARELE CU CIRCUITE INTEGRATE

O FEREASTRĂ DESCHISĂ SPRE LUME

Un televizor în căminul dv. este o adevărată fereastră spre lume, pentru că vă oferă posibilitatea vizionării celor mai diverse emisiuni: filme, spectacole de teatru și de operă, concerte, transmisiuni sportive, reportaje, noutăți din toate domeniile de activitate, emisiuni în limbile naționalităților conlocuitoare.

Din punct de vedere tehnic televizoarele cu circuite integrate vă oferă:

- O imagine perfectă și un sunet clar.

- O durată de folosire îndelungată datorită faptului că sînt complet tranzistorizate și cu circuite integrate

- Consum de energie electrică redus cu circa 33 la sută datorită îmbunătățirilor constructive și funcționale.

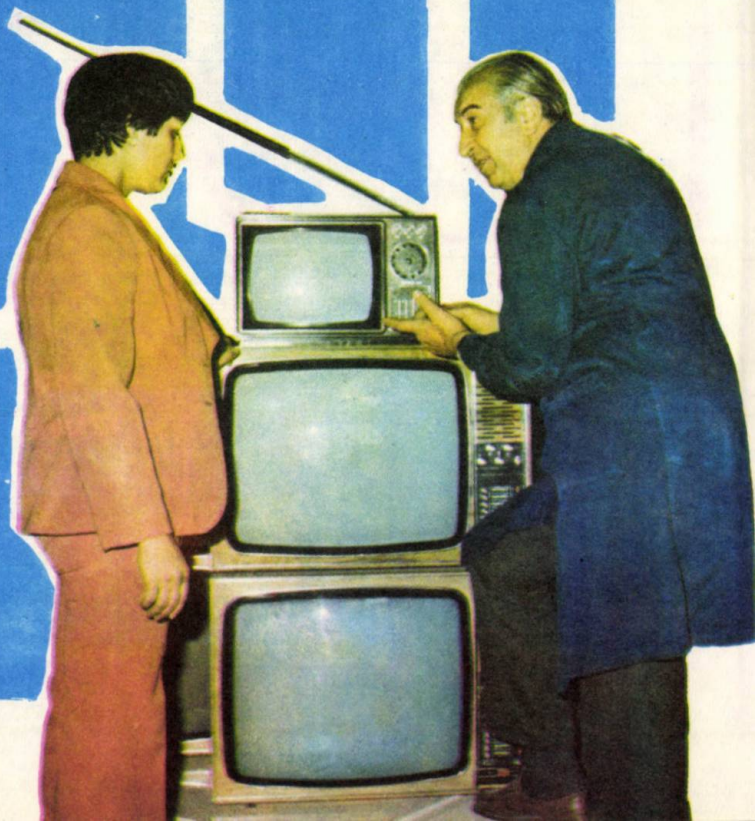
- Funcționare normală chiar și la variații mai mari ale tensiunii pe rețea, datorită încorporării în aparat a unui stabilizator.

- Operațiuni de depanare mult simplificate, deoarece la construcția lui s-au folosit module funcționale care se pot schimba cu operativitate.

- Bună funcționare garantată 12 luni de la cumpărare.

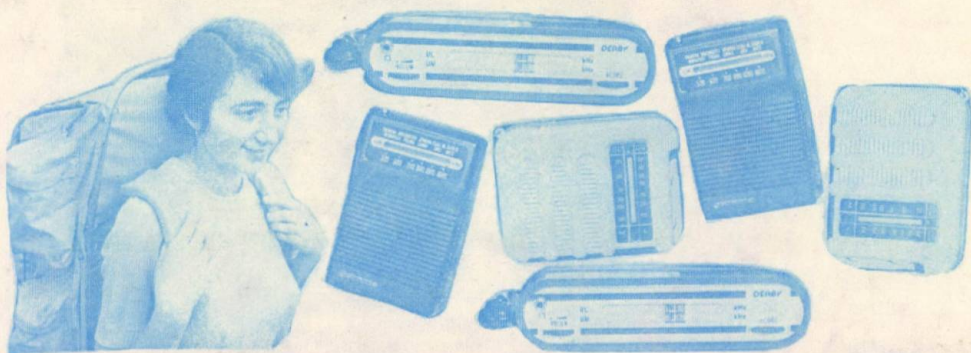
În toate magazinele și raioanele specializate ale comerțului de stat, un personal de înaltă calificare vă stă la dispoziție pentru informații privind funcționarea televizoarelor cu circuite integrate și vă oferă următoarele aparate:

Denumirea televizorului	Diagonala ecranului	Prețul (lei)
OLT	44	2 920
OLT	44	3 000
SNAGOV	47	2 920
SNAGOV	47	3 065
SIRIUS	50	3 050
SIRIUS	50	3 200
DIAMANT	61	3 600
DIAMANT	61	3 720



UN PRIETEN NEDESPĂRȚIT ÎN CĂLĂTORIILE DV.

RADIORECEPTORUL PORTABIL



Radioul este indiscutabil unul din principalele mijloace de educare, informare, documentare și recreare a maselor. Prin faptul că transmite într-un mare număr de ore pe zi o gamă variată de emisiuni, aparatul de radio a devenit un prieten nedespărțit pentru fiecare dintre noi. Mai ales radioreceptorul portabil, care, prin caracteristicile sale — greutate redusă, dimensiuni mici, alimentare cu baterii — poate fi folosit nu numai la domiciliu sau la locul de muncă, dar mai ales în călătorii, în vacanțe și excursii, asigurând același rol ca și radioreceptoarele staționare.

Sînt considerente care vă pot determina să optați pentru cumpărarea — din orice magazin de aparate de radio sau din raioanele de profil ale supermagazinelor — a unui radioreceptor portabil. În cazul că sînteți posesorul unui autoturism, vă recomandăm radioreceptorul „Lira”, care se montează la bordul autovehiculului și are parametrii îmbunătățiți față de tipurile anterioare și următoarele caracteristici: 3 lungimi de undă (lungi, medii și scurte); stabilitate în funcționare; putere de ieșire: 3 W; tensiune în alimentare: 12 W. Prețul: 1 330 lei (cu antenă).

Pentru a vă da posibilitatea să alegeți radioreceptorul portabil cel mai util dv., vă prezentăm cîteva tipuri noi, realizate de industria noastră electronică.

● **Radioreceptorul portabil de buzunar „GAMMA”.** Este un aparat miniatural cu următoarele caracteristici: 1 gamă de undă (medie); alimentare redusă cu baterii (2 x R 6); greutate 260 g. Prețul 345 lei.

● **Radioreceptorul portabil de buzunar „SOLLO 100”.** Este un aparat miniatural cu următoarele caracteristici: 2 game de undă (medii și lungi); greutate 290 g; alimentare redusă cu baterii (2 x R 6); puterea de ieșire: 0,1 W. Prețul: 375 lei.

● **Radioreceptorul portabil „SOLLO 300”.** Este un aparat miniatural cu următoarele caracteristici: 3 game de undă (lungi, medii și ultracurte); putere de ieșire: 0,3 W; alimentare redusă cu baterii (4 x R 6); design îmbunătățit.

● **Radioreceptorul portabil „DERBY”.** Este un aparat miniatural cu următoarele caracteristici: 2 game de undă (medii și lungi); alimentare economică (1 baterie 3 R 12). Prețul: 445 lei.

•expres•interson•superson•
•ultrason•pacific•bucium 3•



recom

O prezență utilă
în locuința dv.

RADIORECEPTOARELE STAȚIONARE

Mijloc de informare operativă, de documentare complexă și de recreare, radioreceptorul staționar este o prezență utilă în orice familie, în fiecare locuință.

Dintre noile modele realizate de industria noastră de profil, vă reținem atenția asupra următoarelor:

● Radioreceptoarele staționare „BUCIUM 3” și „PACIFIC”, cu 5—6 game de undă, dotate cu pickup (încadrat într-o casetă din placaj furniruit și lăcuit), la care pot fi audiate discuri fonografice, sînt caracterizate prin sensibilitate și selectivitate în redare. Prețul: 1 900 lei.

● Radioreceptorul staționar „INTERSON” oferă posibilitatea recepției emisiunilor stațiilor de radio în gama de unde lungi și de unde ultracurte. Linia modernă a casetei și parametrii aparatului îl situează la nivelul cerințelor pe plan mondial. Prețul: 800 lei.

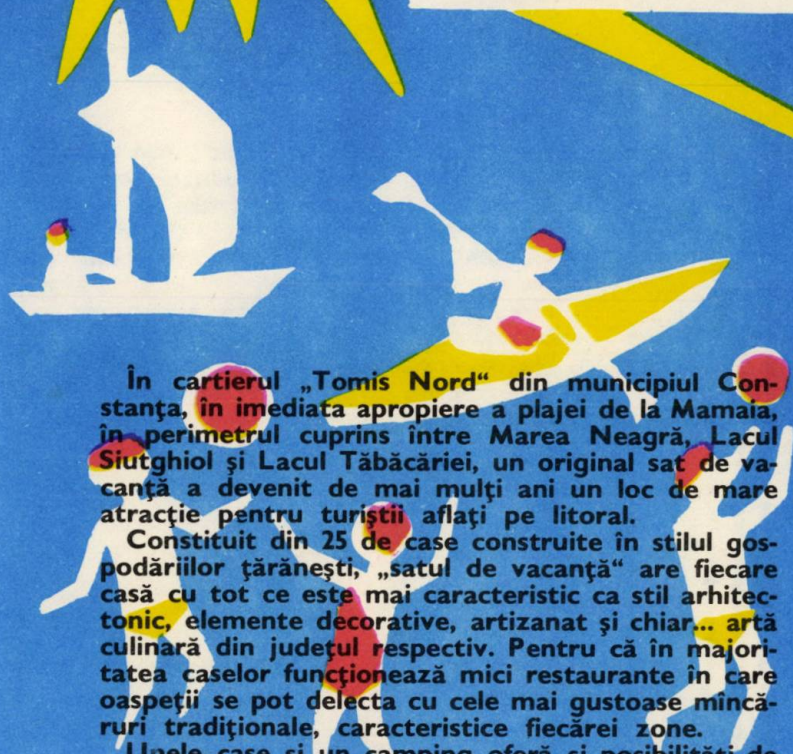
● Radioreceptorul staționar „SUPERSON” (tip nou) are game de unde medii și ultracurte, oferă o audiție foarte bună, iar prin atașarea unei miniorgi de lumini permite crearea unei plăcute corelări între sunet și lumină. Prețul: 1 000 lei.

● Radioreceptorul staționar „EXPRES” (tip nou) oferă posibilitatea recepționării stațiilor de radio în gama de unde medii și ultracurte. Putere foarte redusă (6 V.A.) consumată din rețea. Linie modernă a casetei. Prețul: 800 lei.

● Radioreceptorul staționar „ULTRASON” (tip nou) cu game de unde medii, scurte și lungi, permite recepționarea unui număr mare de stații de radio. Putere foarte redusă (10 V.A.) consumată din rețea. Prețul: 1 125 lei.

Moderne prin parametrii tehnici și funcționali, prin linia și coloritul casetelor, aceste radioreceptoare prezintă două reale avantaje: **consum redus de energie electrică** și faptul că sînt în garanție timp de 12 luni de la data vînzării, în această perioadă întreținerea asigurîndu-se în mod gratuit de reprezentanțele județene ale întreprinderii „Electronica”.

«SATUL DE VACANȚĂ» CONSTANȚA

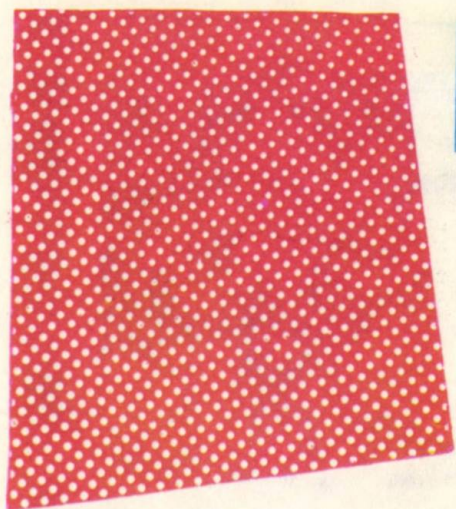


În cartierul „Tomis Nord” din municipiul Constanța, în imediata apropiere a plajei de la Mamaia, în perimetrul cuprins între Marea Neagră, Lacul Siutghiol și Lacul Tăbăcăriei, un original sat de vacanță a devenit de mai mulți ani un loc de mare atracție pentru turiștii aflați pe litoral.

Constituit din 25 de case construite în stilul gospodăriilor țărănești, „satul de vacanță” are fiecare casă cu tot ce este mai caracteristic ca stil arhitectonic, elemente decorative, artizanat și chiar... artă culinară din județul respectiv. Pentru că în majoritatea caselor funcționează mici restaurante în care oaspeții se pot delecta cu cele mai gustoase mâncăruri tradiționale, caracteristice fiecărei zone.

Unele case și un camping oferă și posibilități de cazare. Tot aici s-a organizat un mare bazar, realizat în stil rustic, sugerînd o frumoasă curte țărănească, în interiorul căreia se desfac articole de artizanat, plajă, sport, galanterie, țesături ș.a.

An de an, „Satul de vacanță Constanța” oferă oaspeților săi noutăți și îmbunătățiri în organizare și servire.



ELEGANȚĂ, CALITATE, FANTEZIE

Eleganță, calitate și fantezie sînt trei din atributele confecțiilor pentru femei și bărbați ce vor fi prezente în tot cursul anului 1983 în magazinele și raioanele de specialitate ale comerțului de stat.

Fiecare anotimp, fiecare sezon cu moda și linia sa adecvate.

Nu întîrziți, alegeți chiar acum modelele expuse.



TENDINȚE ÎN MODA '83

Moda vestimentară feminină pentru anul 1983 se diferențiază vizibil de moda ultimilor ani, caracterizată prin tendința spre romantic, când amplexarea se cerea subliniată de pliseuri sau volane suprapuse. În moda anului 1983 se merge spre o linie mai structurată, mai geometrică, silueta de bază fiind reprezentată prin tipurile „dreaptă” și „în formă de X”.

Elementele romantice, pur decorative, sînt înlocuite cu cele funcționale. Se constată o influență vizibilă a modei anilor '60, atît în ceea ce privește linia, cît și structura. Se merge astfel spre un gen de modă masculină, în care linia umerilor este bine marcată, gulerile sînt montate, reverele late (de 9—10 cm) și alungite, taioarele petrecîndu-se foarte jos, spre talie, închizîndu-se cu 1—2 nasturi, strînse în talie cu cordonate late de 7—8 cm; cele din tipul de siluetă „dreaptă” au un șliț de 7—8 cm.

Unii specialiști opinează că moda '83 anticipează moda anului 2000, inspirată din „moda siderală” și caracterizată prin apariția căștilor, a pălăriilor cu vizieră, a încălțămîntei tip cosmonaut. Culoarele predominante vor fi albul, roșul, negrul, griul, iar ca materiale se vor utiliza stoffe ușoare, comode, ușor de întreținut.

Gulerile rochiilor vor fi în schimb din benzi late de 2—3 cm, cu capete mult prelungite, care se înfășoară în jurul gîtului, iar mînecele au amăn-sură foarte mare. Mantourile — largi, cu linia dreaptă sau cambrată în partea de sus, tăiate în talie, cu partea de jos foarte amplă. Linia pantalonilor este dreaptă, lungimea pînă la gleznă și lărgimea jos pînă la 20—21 cm. În partea de sus a pantalonului apar 2—4 pense presate. Pantalonul tip bermude se menține în modă.

Rochiile de vară — cu bretele sau chimonouri mici — vor primi o nouă piesă: pardesiul, dublat din același material cu rochia. Ca noutate apare briul — element decorativ atît la costumul de zi, cît mai ales la cel de seară. Reverele late ale sacoului, ca și butonajele asimetrice se vor menține. Pantalonul va avea o linie conică, va fi larg la bază (20—25 cm) cu sau fără manșetă. Pentru ținuta sport apare jacheta scurtă, pînă în talie, din înlocuitori de piele, scări, fiș etc. Crește importanța îmbrăcămîntei pentru deconectare, în intenția de a se abandona progresiv costumul clasic și a se ajunge la lejeritatea formulei noncostumului prin crearea unor combinații inedite între piesele clasice și variantele modernizate.

Din creionarea profilului modei '83 pentru femei și bărbați se remarcă tendința spre confortabil, comod și practic, elemente care se alătură contexturii materialelor și proprietății lor de a fi ușoare de purtat și întreținut.

Doina DĂNESCU-GHEORGHIU
creator vestimentar
Centrul de cercetări și proiectări
a îmbrăcămîntei — București



**La orice masă
preparate din**

PEȘTE CONGELAT



Zacuscă de stavrid: Materii prime pentru 5 porții: 1 kg de stavrid cu cap, 350 g de ceapă, 250 g de morcovi, 350 g de castraveți murați, 4 linguri cu pastă de tomate, 1—2 foi de dafin, 100 g de măsline, 1 linguriță cu piper măcinat, 1 fir de cimbru, o legătură de pătrunjel verde, 100 ml de ulei, 1 pahărel de vin, o linguriță de sare. Ceapa se taie felii și se înăbușă în ulei cu puțină apă împreună cu morcovii și castraveții curățați și tăiați rondele. Se adaugă măslinele spălate și opărite, foi de dafin, cimbru, vin, apă fiartă și se continuă fierberea. Peștele curățat, decapitat, eviscerat și spălat se taie în bucăți și se așază peste legumele fierte. Se introduce vasul la cuptor, circa 10 minute. La sfârșitul fierberii se presară deasupra pătrunjel verde.

Costul orientativ al unei porții: 5,45 lei.

Ghiveci cu stavrid: Materii prime pentru 5 porții: 1 kg stavrid cu cap, 100 g de morcovi, 50 g de țelină (rădăcină), 100 g de ceapă, 500 g de cartofi, 150 g de mazare (conservă), 150 g de fasole verde (conservă), 150 g de ghiveci (conservă), 500 g de roșii proaspete, 1—2 ardei grași, o lingură cu pastă de tomate, o linguriță de boia de ardei dulce, o legătură de pătrunjel verde, 100 ml de ulei, o linguriță de sare. Ceapa, morcovii și țelina, curățate și tăiate în bucăți mici, se înăbușă în ulei cu puțină apă. Se adaugă cartofii tăiați în bucăți mai mari, felii de ardei gras și apă. Când legumele sînt aproape fierte, se adaugă pasta de tomate diluată, boiaua de ardei, sarea și se fierb împreună cîteva minute. Se așază apoi într-o tavă, adăugîndu-se în straturi alternative mazarea, fasolea verde, ghiveciul și felii de roșii. Peștele curățat, decapitat, eviscerat și spălat se porționează în bucăți care se pun peste ghiveci în mod uniform. Pe fiecare bucată de pește se așază cîte o felie de roșie și se introduce tava la cuptor circa 30 de minute. Spre sfîrșitul fierberii se presară deasupra pătrunjel verde.

Costul orientativ al unei porții: 5,90 lei.

Preparatele culinare din pește congelat sînt ieftine, gustoase și în întregime asimilabile. Pește congelat este o sursă importantă de proteine, grăsimi, fosfor, vitaminele A și D.

Pește congelat se poate cumpăra în magazinele „Alimentara” și sub forma unor diverse preparate culinare în unitățile „Gospodina” și de alimentație publică.

O LOCUINȚĂ DECORATĂ MODERN

Decorarea fiecărei încăperi — de la „anonima“ bucătărie la camera în care vă petreceți cele mai plăcute ceasuri cu familia sau cu invitații dv. — contribuie la crearea personalității proprii, la armonizarea cromatică a mobilierului cu covoarele, draperiile, perdelele și tapetul.

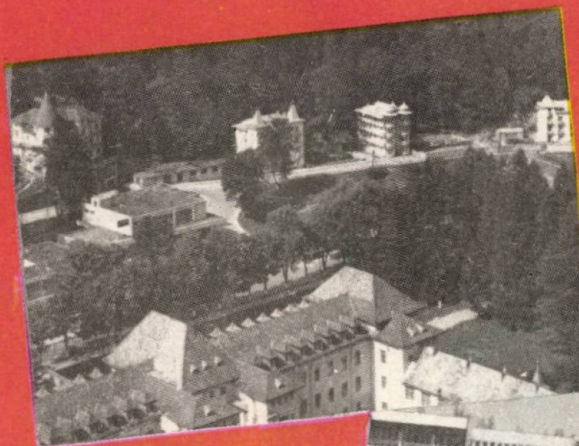
Supermagazinele Capitalei — „Unirea“, „Bucur-Obor“, „Victoria“, „București“ — și cele din întreaga țară, precum și magazinele de specialitate vă oferă o paletă largă de țesături decorative din fire groase de in și cânepă — într-o bogată gamă de modele și nuanțe coloristice, cu care aveți posibilitatea să vă amenajați un interior modern, atrăgător, cochet.

Cu tușeu plăcut și rezistență mare la uzură, țesăturile decorative din fire groase de in și cânepă pot fi utilizate la confecționarea draperiilor și tapițeriilor, la realizarea huselor pentru mobilier.



recom





52

DE SĂPTĂMÎNI LA DISPOZIȚIA DV.

În orice anotimp cetățenii Capitalei au posibilitatea să obțină locuri de odihnă sau de cură în renumite stațiuni balneoclimaterice din țară beneficiind de serviciile asigurate în acest scop de Întreprinderea de hoteluri și restaurante București.

În fiecare din cele 52 de săptămîni ale anului 1983 filialele de turism ale I.T.H.R. București stau la dispoziția dv. pentru a vă oferi locuri la odihnă în stațiunile Borșa, Bușteni, Breaza, Cheia, Complexul turistic Crivaia, Izvoarele, Lacul Roșu, Păltiniș, Poiana Brașov, Predeal, Complexul turistic Semenic, Sinaia, Stîna de Vale.

Durata unei serii de odihnă este de 12 zile.

De asemenea, se pot obține locuri pentru petrecerea concediului de odihnă sau pentru efectuarea curei în afecțiuni ale aparatului locomotor, reumatismale, ginecologice, ortopedo-traumatologice, cardiologice, ale aparatului digestiv și glandelor anexe, respiratorii și O.R.L., neurologice și endocrine — în raport de recomandarea medicului specialist, la: Amara, Balta Albă, Balványos, Bazna, Felix, Govora, Herculane, Olănești, Tușnad, Borsec, Buziaș, Călacea, Călimănești-Căciulata, Covasna, Geoagiu-Băi, Malnaș-Băi, Moneasa, Ocna Sibiului, Pucioasa, Sîngeorz-Băi, Slănic-Moldova, Sovata, Vatra Dornei, Vilcele.

Trimiterile la tratament se fac pentru 18, 20 și 21 de zile, în funcție de recomandarea medicală.

Biletele se pot procura de la toate filialele de turism ale I.T.H.R. București din:

- str. Mendeleev nr. 14, telefon 59.37.60
- str. Tonitza nr. 13, telefon 14.95.94
- Bd. 1848 nr. 4., telefon 14.98.81
- Bd. N. Bălcescu nr. 35, telefon 15.74.11
- Bd. Republicii nr. 68, telefon 14.08.00
- Calea Moșilor, bloc 55 bis, telefon 11.08.48



OCROTIREA MINORILOR BREVIAR JURIDIC ÎN LEGISLAȚIA NOASTRĂ

Apărarea intereselor copiilor minori, principiu de ordin constituțional, este tradus și realizat prin multiple dispoziții legislative.

Vastitatea problematicei implică evocarea unui volum impresionant de informații din acest sistem de norme juridice, al cărui obiectiv îl constituie protecția minorilor. De aceea, în rândurile ce urmează ne vom referi la cîteva mari filioane legislative și, în cadrul acestora, la acele prevederi normative frecvent aplicate.

ÎN DREPTUL FAMILIEI: Unul din principiile fundamentale îl constituie ocrotirea cît mai eficace, deplină a drepturilor și intereselor copilului minor. Pornind de la această premisă, Codul familiei dispune prin numeroase texte, că ori de cîte ori se analizează o problemă referitoare la copiii minori, trebuie să se ia în considerație, în primul rînd, interesele acestora.

Potrivit art. 101 din Codul familiei, **părinții sînt dator să îngrijească de persoana copilului. Ei sînt obligați să-l crească, îngrijind de sănătatea și dezvoltarea lui fizică, de educarea, instruirea și pregătirea sa profesională, potrivit însușirilor acestuia, îndatorire careia îi corespunde dreptul corelativ al copilului de a beneficia de aceste îngrijiri, de a i se asigura condițiile necesare.** Pentru a dubla responsabilitățile în ocrotirea minorilor și a se garanta astfel exercitarea drepturilor de către părinți exclusiv în interesul acestora, legea prevede că exercitarea drepturilor și îndatoririlor părintești se face sub îndrumarea și controlul efectiv al autorității tutelare. În temeiul legii, **autoritatea tutelară are dreptul și obligația de a exercita un control concret și continuu asupra felului în care părinții își îndeplinesc îndatoririle privitoare la persoana și bunurile copiilor, acesteia recunoscîndu-i-se o seamă de drepturi, ca de pildă: dreptul de vizită la locuința copiilor, dreptul de a-și da avizul cu privire la anumite probleme privind interesele copiilor minori, dreptul de a sesiza instanțele judecătorești ori chiar de a hotărî în anumite probleme.**

Ocrotirea copilului se asigura nu numai prin apărarea drepturilor, dar și, deopotrivă, a intereselor sale, principiu enunțat și conștinț în art. 23, alineatul 2 din Constituție și art. 1, alineatul 1 din Codul familiei, demonstrat prin evocarea chiar și numai a unora din prevederile incidente: **drepturile părintești se exercită numai în interesul minorului (art. 1 alineatul ultim și art. 97 alineatul 2 din Codul familiei); dreptul părinților de a cere înapoierea copilului de la orice persoană, care îl reține fără drept, poate fi inițiat, dacă instanța judecătorească constată că înapoierea copilului — care va fi ascultat și el dacă a împlinit vîrsta de 10 ani — este contrară intereselor copilului (art. 103, Codul familiei); neînțelegerile dintre părinți cu privire la exercițiul drepturilor sau la îndeplinirea îndatoririlor părintești se soluționează de autoritatea tutelară potrivit cu interesul copilului (art. 99, Codul familiei); neînțelegerea dintre părinți care nu locuiesc împreună cu privire la chestiunea la care dintre ei va locui copilul, se soluționează de instanța judecătorească — după ascultarea autorității tutelare și a**

copilului (dacă acesta a împlinit vîrsta de 10 ani) ținînd seama de interesele copilului (art. 100, alineatul 2, Codul familiei); temeliurile cererii de divorț și imposibilitatea continuării căsătoriei se vor aprecia de instanța judecătorească ținîndu-se seama și de interesele copiilor minori (art. 38, alineatul 2).

În completarea acestui tablou foarte general al drepturilor minorilor în raporturile lor cu părinții, se cuvin a fi menționate trei aspecte, cu caracter de principiu: a) **asimilarea, în drepturi, a copiilor din afara căsătoriei cu cei din cadrul căsătoriei, cu alte cuvinte copilului din afara căsătoriei i se recunoaște, față de părintele respectiv și rudele acestuia, o situație legală identică cu a unui copil din căsătorie;** b) **deplina egalitate dintre părinți în exercitarea drepturilor și respectarea îndatoririlor față de copiii lor minori;** c) **independența patrimonială dintre părinți și copii, exprimată în art. 106 din Codul familiei, care statuează că părintele nu are nici un drept asupra bunurilor copilului și nici copilul asupra bunurilor părintelui, în afară de dreptul la moștenire și la întreținere.**

Un alt mijloc al dreptului familiei, a cărui finalitate o constituie, de asemenea, ocrotirea minorului, este **tutela minorului, care trebuie înțeleasă ca un regim legal de ocrotire stabilit exclusiv în interesul acelor copii minori care sînt lipsiți de ocrotire părintească.** Cazurile în care minorul este lipsit de îngrijirea ambilor părinți — și care reclamă instituirea tutelei — se jatorează faptului că aceștia sînt în una din următoarele situații prevăzute în art. 113 din Codul familiei: a) morți, b) necunoscuți, c) decăzuți din drepturile părintești, d) puși sub interdicție și e) dispăruți ori declarați morți.

În legatura cu tutela, instituție juridică menită să protejeze interesele minorului lipsit de îngrijirea părintească, trebuie reținut că tutela este o sarcină cu caracter social, legal și gratuit (tutorele, în principiu, nu este remunerat pentru sarcina asumată), se instituie de către autoritatea tutelară și se exercită de tutore sub controlul și îndrumarea permanentă a autorității tutelare. **În cazul cînd tutorele manifestă dezințeles ori nepricepere, sau comite un abuz în exercitarea mandatului, el poate fi îndepărtat de către autoritatea tutelară.**

În același sens, al respectării mai fidele a intereselor minorului, se impune a fi reținută și instituția **înfierii**, act juridic care are drept efect crearea, între doua persoane, a unor raporturi permanente de rudenie, identice cu celea care există între părinți și copii. Valabilitatea actului juridic al înfierii presu-

pune, firesc, îndeplinirea unor condiții de fond și formă, ca de exemplu: **infirietorul să fie major, cu cel puțin 18 ani mai în vârstă decât înfiatul și să poată asigura acestuia o dezvoltare normală fizică și morală; înfiatul să fie minor** (există și o excepție); **consimțământul celui care înfiază, al părinților celui înfiat și al înfiatului** (dacă a împlinit vârsta de zece ani); **declarația făcută direct autorității tutelare care încuviințează înfierea ș.a.** Efectele înfierii constau în consecințele juridice cu privire la starea civilă a înfiatului, la raporturile sale de rudenie și la diferitele drepturi și obligații, patrimoniale și nepatrimoniale, legate de raporturile de rudenie. Spre deosebire de raporturile de rudenie firească, izvorite din naștere, care sînt permanente și indestructibile, raporturile statornicite prin actul juridic al înfierii pot fi însă desfăcute, la cerere, prin hotărîre judecătorească, dacă această măsură este în interesul înfiatului.

ÎN DREPTUL MUNCII: Ca și în alte acte normative care reglementează raporturile de muncă, și în Codul muncii, grija pentru optima dezvoltare fizică și spirituală a minorului, pentru ocrotirea drepturilor și intereselor acestuia este exprimată printr-o suită de prevederi. O primă categorie fixează **vârsta de la care minorul poate încheia un contract de muncă cu o unitate socialistă**, care potrivit art. 7 din Codul muncii și altor acte normative este de 16 ani. Legislația noastră îngăduie și minorului între 14—16 ani să se angajeze în muncă, dar condiționează nașterea raportului și valabilitatea contractului de muncă de avizul medicului și de consimțământul părinților ori al tutorelui. Minorul sub 14 ani nu poate fi angajat în muncă dintr-o seamă de considerente, dintre care unele au fost expuse în partea privitoare la răspunderea sa penală.

Odată angajat în muncă, minorul își exercită singur drepturile, execută obligațiile izvorite din contractul de muncă sau din calitatea de membru al unei cooperative agricole de producție ori al altei organizații cooperatiste și dispune de veniturile realizate din muncă prestată.

O altă categorie de prevederi legale stabilesc **natura muncii pe care o poate efectua un minor**. Astfel, potrivit art. 161 din Codul muncii, tinerii nu pot fi repartizați în schimburi de noapte și la locuri de muncă cu condiții vătămătoare, grele sau periculoase. Alte dispoziții legale prohibă angajarea tinerilor sub 18 ani ca gestionari și conducători auto. Pentru asigurarea unei dezvoltări armonioase fizice și intelectuale a minorului s-au instituit anumite măsuri speciale, derogatorii de la normele de aplicabilitate generală, privind durata muncii și a concediilor de odihnă. S-a prevăzut, astfel, că durata timpului de lu-

cru pentru minorii între 14—16 ani este de 6 ore pe zi iar tinerii pînă la vârsta de 18 ani beneficiază de un concediu de odihnă de 18—24 zile lucrătoare, în raport de vîrstă (pînă la 16 ani — 24 zile, între 16 și 17 ani — 21 zile, iar între 17 și 18 ani — 18 zile).

Prezentînd principalele dispoziții legale prin care s-a creat minorilor un statut privilegiat în raporturile de muncă, se cuvine a fi menționat faptul că indiferent de vîrstă, natura muncii prestate și durata acesteia, minorul este retribuit potrivit remunerației prevăzute în statul de funcții, corespunzător activității efectuate și calificării sale profesionale, neexistînd, din acest punct de vedere, nici o deosebire față de remunerația angajatului major.

ÎN DREPTUL PENAL ȘI PROCESUAL PENAL:

O primă problemă este vîrsta de la care minorul răspunde penal, respectiv de la care el poate fi judecat și condamnat pentru infracțiunile prevăzute în legea penală. Potrivit actualelor reglementări, minorul care nu a împlinit vîrsta de 14 ani nu răspunde penal, iar cel între 14 și 16 ani răspunde numai dacă se dovedește că a săvîrșit fapta cu discernămint. Prin urmare, minorul suportă consecințele penale ale faptei săvîrșite de la vîrsta de 16 ani, iar în cazul că a lucrat cu discernămint — de la vîrsta de 14 ani. Sub această vîrstă limită minorul nu va răspunde penal pentru fapta lui, indiferent de gravitatea acesteia, întrucît experiența vieții arată că pînă la vîrsta de 14 ani copilul nu are capacitatea psiho-fizică de a judeca și a aprecia lucrurile la justa lor valoare, de a-și da seama de pericolul social al acțiunilor sale.

Preocuparea pentru ocrotirea minorului, consacrată în întreaga noastră legislație, se regăsește și în **tratamentul aplicat aceluia care săvîrșește infracțiuni și răspunde penal**. Traducînd în viață tezele cuprinse în Hotărîrea Plenarei C.C. al P.C.R. din 28—29 iunie 1977, Decretul nr. 218/1977 a stabilit, în art. 2, că minorul între 14—18 ani, care a săvîrșit fapte penale, va fi încredințat colectivului în care muncește sau învață, stabilindu-se reguli stricte de disciplină și comportare, a căror respectare va fi urmărită de colectivele de muncă, instituțiile de învățămînt și de familie. Judecarea faptelor are loc în cadrul colectivului în care minorul muncește sau învață, iar la judecată — care se face de comisia de judecată din unitatea respectivă, prezidată de un judecător de profesie — participă reprezentanții ai colectivului de muncă sau ai școlii, ai organizațiilor de tineret și sindicale, părinții sau persoanele în îngrijirea cărora se găsește minorul. În cazul în care faptele săvîrșite sînt deosebit de grave (de exemplu, omorul, tâlhăria, violul ș.a.), judecarea minorului revine, potrivit art. 3 din Decretul nr. 218/1977, instanței judecătorești, care va dispune tri-

OCROTIREA MINORILOR DEFICIENȚI

Creșterea, educarea și ocrotirea minorilor constituie pentru statul nostru socialist o preocupare de seamă. În cadrul căreia un loc important îl ocupă și ocrotirea acelor minori care nu au asigurate în familiile lor condițiile necesare pentru dezvoltarea fizică, morală și intelectuală normală, acțiune care se realizează prin diferite forme și instituții de ocrotire. În rîndurile următoare prezentăm unele prevederi ale Legii nr. 3/1970 privind regimul ocrotirii minorilor deficienți (fizici, psihici sau senzoriali), care datorită anumitor handicapi au nevoie de o în-

grijire specială ce nu li se poate asigura în familie.

● **Deficienții (fizici, psihici sau senzoriali)** care au nevoie de o astfel de îngrijire se stabilesc de comisiile de diagnostic și triaj (județene și a municipiului București) pentru minorii sub vîrsta de 14 ani, sau de comisiile de expertiză medicală a capacității de muncă pentru cei care au depășit vîrsta de 14 ani. Comisiile stabilesc — în raport de vîrstă, natura și gradul deficienței — tipul de unitate de ocrotire indicat — dacă se impune această măsură.

● **În vederea creșterii, educării și pregătirii școlare și profesionale a minorilor deficienți**, comisia pentru ocrotirea

minorilor poate dispune încredințarea lor, după caz, uneia din următoarele instituții de ocrotire: leagane pentru copii pînă la 3 ani, case de copii pentru preșcolari și școlari; grădinițe, școli generale, școli profesionale (pentru deficienți recuperabili, absolvenți ai școlii generale, pentru cei care au întrerupt învățămîntul obligatoriu ori nu l-au frecventat și au depășit vîrsta de 14 ani); licee de specialitate pentru deficienți recuperabili absolvenți ai școlii generale; cămine-școli pentru deficienți parțial recuperabili (prin-un tratament medical și un proces educativ adecvat), care primesc instruire în limita posibilităților intelectuale, și deficienți motori cu infirmități grave care urmează învățămîntul de cultură

miterea lui pe o perioadă cuprinsă între 2 și 5 ani în școli speciale de muncă și reeducare, unde are obligația să muncească, să-și însușească o meserie și să-și încheie pregătirea profesională. Acestor prevederi li se adaugă o importanță suită de alte dispoziții legale din Codul penal și Codul de procedură penală, menite să asigure minorului o protecție cât mai eficientă, indiferent dacă el compare în fața organelor judiciare în calitate de inculpat ori de parte vătămată (persoana care a suferit prin infracțiune o consecință morală, materială ori fizică). Redăm cu titlu enunțiativ: **asistența juridică obligatorie a minorului în cursul urmăririi penale și a judecății, de către un apărător profesionist; efectuarea obligatorie a anchetei sociale** (constind în strângerea de date de către persoane anume desemnate de autoritatea tutelară, cu privire la purtarea pe care minorul o are în mod obișnuit, la starea fizică și mintală a acestuia, antecedentele sale, condițiile în care a fost crescut și a trăit, modul în care părinții, tutorele sau persoana în îngrijirea căreia se află minorul își îndeplinesc îndatoririle față de acesta și, în general, cu referire la orice elemente care pot servi la luarea unei măsuri sau la aplicarea unei sancțiuni față de minor); **judecarea minorului de către judecători anume desemnați de Ministerul Justiției; încunoaștințarea obligatorie a autorității competente în vederea luării măsurilor de ocrotire a minorului, în cazul în care părintele sau tutorele său a fost reținut ori arestat; în cazul infracțiunilor pentru care punerea în mișcare a acțiunii penale este condiționată de introducerea unei plângeri prealabile** (procedură instituită pentru infracțiuni de lovire sau alte violențe, amenințare, insultă, abuzul de încredere ș.a.), **iar persoana vătămată este un minor, acțiunea va putea fi pornită din oficiu, de către organele de urmărire penală, după cum în cazurile în care răspunderea penală poate fi înlăturată prin împăcarea părților, această împăcare nu poate interveni prin acordul minorului, ci prin reprezentantul său legal ori cu încuviințarea acestuia.** Legea penală mai prevede o **agravare a pedepsei la violurile săvârșite asupra unei minore sub 14 ani și incriminează ca infracțiune fapta bărbatului de a întreține relații intime cu o minoră sub această limită de vîrstă, chiar dacă relațiile s-au consumat cu consimțămîntul minorei.**

Un loc aparte în Codul penal îl ocupă **infracțiunile contra familiei**, dintre acestea reținind atenția unele care au frecvență în practica judiciară. Astfel, în conformitate cu dispozițiile art. 305 din Codul penal, „**săvîrșirea de către persoana care are obligația legală de întreținere, față de cel îndreptățit la întreținere, a uneia dintre următoarele fapte: a) părăsirea,**

alungarea sau lăsarea fără ajutor, expunîndu-l la suferințe fizice sau morale; b) neîndeplinirea cu rea credință a obligației de întreținere prevăzute de lege; c) neplata cu rea credință, timp de 2 luni, a pensiei de întreținere stabilite pe cale judecătorească, se pedepsește, în cazurile prevăzute la literele „a” și „b” cu închisoare de la 3 luni la 2 ani sau cu amendă, iar în cazul prevăzut la litera „c”, cu închisoare de la 6 luni la 3 ani.

Potrivit prevederilor articolelor 307 din Codul penal reținerea de către un părinte a copilului său minor, fără consimțămîntul celuilalt părinte sau al persoanei căreia i-a fost încredințat minorul potrivit legii, dacă creșterea și educarea copilului ar fi primejduită, se pedepsește cu închisoare de la 1 la 3 luni sau cu amendă. Cu aceeași pedeapsă se sancționează fapta persoanei căreia i s-a încredințat minorul prin hotărîre judecătorească, spre creștere și educare, de a împiedica în mod repetat pe oricare părinți să aibă legături personale cu minorul, în condițiile stabilite de părți sau de către organul competent. Pentru ambele infracțiuni acțiunea penală se pune în mișcare la plîngerea prealabilă a persoanei vătămate, iar împăcarea părților înlătură răspunderea penală.

În sfîrșit, art. 306 din Codul penal, prevede că **punerea în primejdie gravă, prin măsuri sau tratamente de orice fel, a dezvoltării fizice, intelectuale sau morale a minorului, de către părinți sau de orice persoană căreia minorul i-a fost încredințat spre creștere și educare, se pedepsește cu închisoare de la 1 la 5 ani.**

O ultimă prevedere de natură penală pe care o invocăm este conținută în articolele 185 și 186 din Codul penal, prin care se interzice avortul, cu excepția unor cazuri în care acesta este indicat din punct de vedere medical sau social (Decretul nr. 770 din 1 octombrie 1966). Referirea la acest text de lege s-a vrut a fi o subliniere a modului în care prin mijloacele de drept penal, este apărat primul drept al copilului — dreptul la viață.

Sistemul de norme juridice a cărui rațiune de existență și finalitate o constituie ocrotirea minorilor din țara noastră asigură toate condițiile, în planul legislativ, pentru ca această ocrotire să se realizeze efectiv și eficient; important, și decisiv, este ca toate organele de stat, organizațiile obștești cu roluri și funcții în acest domeniu, toți cetățenii să contribuie, atît individual cit și prin acțiuni conjugate, la aplicarea și respectarea riguroasă a prevederilor legale, pentru ocrotirea tinerei generații, a urmașilor noștri.

Dr. Gheorghe DIACONESCU
procuror șef al municipiului București

generală după regimul școlilor din sistemul Ministerului Educației și Învățămîntului; cămine-atelier pentru deficienți parțial recuperabili cu vîrstă de peste 16 ani; cămine pentru deficienți nerecuperabili care nu pot presta nici un fel de activitate și au nevoie de ocrotire permanentă. Se consideră parțial recuperabili acei minori deficienți care se pot reintegra în societate în urma unui proces medical educativ adecvat, dar nu pot depune o activitate utilă decît lucrînd în grup organizat și sub supraveghere permanentă.

● **Internarea minorilor în case de copii pentru preșcolari și școlari, în grădinițe, școli generale și licee pentru deficienți recuperabili, în că-**

mine-școală și cămine-atelier pentru deficienți parțial recuperabili, precum și în cămine pentru minori deficienți nerecuperabili se face în unitățile organizate în județul respectiv. În județele care nu au organizate astfel de unități, inspectoratele școlare județene vor obține locuri luînd legătura cu inspectoratele școlare din județele la care sînt arondate conform dispozițiilor M.E.I. Apoi trimit unității respective dosarul minorului deficient însoțit de hotărîrea comisiei județene pentru ocrotirea minorilor. Unitatea respectivă comunică comisiei care a luat comunicarea data cînd a internat minorul.

● **Internarea în casele de copii, în școlile generale pen-**

tru deficienți recuperabili, în căminele-școală pentru deficienți parțial recuperabili, precum și plasamentul familial și măsura încredințării, cu plata alocației de întreținere durează pînă la absolvirea învățămîntului obligatoriu. Dacă la data absolvirii minorul este incapabil de muncă sau nu s-a încadrat în muncă din alte motive temeinice, durată măsuri de ocrotire și plata alocației de întreținere se prelungește pînă la încetarea motivului pentru care minorul nu s-a încadrat în muncă, dar fără a depăși vîrstă de 18 ani. Internarea minorului într-un cămin pentru deficienți nerecuperabili durează pînă la majorat, după care vor fi trecuți prin măsuri administrative într-o unitate adecvată pentru adulți.

MICUL COMISION DE LA PARIS

Lawrence DURRELL
(Anglia)

Tocmai voiam să plec în concediu când am făcut imprudența să-l întreb pe Polk-Mowbray dacă n-are cumva vreun comision de făcut într-una din capitalele prin care urmă să trec. „Mi-ai putea fi de mare ajutor, Androbus. Gîndirea ta matură, priceperea ta de a te face convingător în orice situație, firea ta paternă... Pînă aici s-ar fi putut să ajut dreptate. „Am un năbădăios de nepot, O'Tole îl cheamă — continuă el — care studiază medicina la Paris.”

Ar fi fost o cruzime să refuz o rugăminte astfel formulată. Am acceptat-o, sărmanul de mine. Dar chestia mă rodea. În timp ce mă dădeam cu aftershave-ul cu miros de mentă mă priveam în oglinda Orient-Expressului cu presimțiri tandre.

Toate semnele erau împotriva mea. La sfîrșitul concediului am sosit la Paris în timpul uneia din acele lungi sărbători naționale care pot ține uneori și o săptămînă. Nicăieri nu era deschis. Nici o mașină de închiriat. Pînă și ambasada era ferecată, toată lumea fiind plecată. Găoacea pustie a ambasadei rămăsese pe mina unei spălătorese analfabete și a unui paznic mirosind a absint. Contasem pe o baie fierbinte, o masă bună și un pat moale la vreun funcționar care să fie mîndru că mă cunoaște și să-mi ofere ospitalitatea lui. Dar ceea ce era mai rău, stăteam cam prost cu finanțele, ca la sfîrșit de vacanță. Dacă mai aveam un cec sau două, iar de bani lichizi nici pomeneală. Iată-mă deci confruntat cu perspectiva achitării unei note de plată la un hotel. Ce să fac? Încercam să găsesc o soluție în timp ce studiam buletinul de știri de la ambasadă. Am dat apoi o tură pe la Goupil, Crillon, Ritz și toate celelalte, încercînd să fac rost de bani, dar nicăieri nu am găsit un



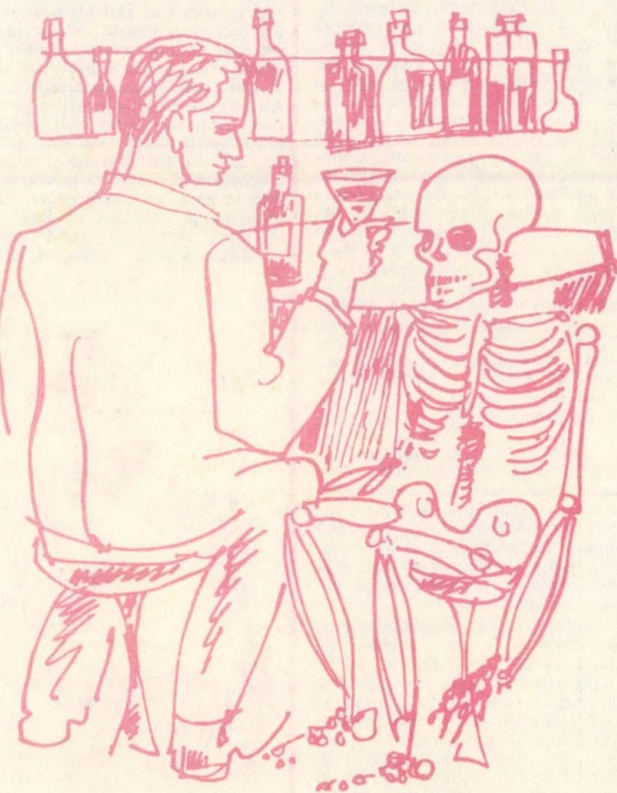
portar pe care să-l cunosc. Și ca să fie tacîmul complet, n-aveam tren decît luni. Eram nevoit să-mi petrec week-endul la Paris, unde erau deschise doar locurile de remediu cultural de genul Louvre-ului — locuri

unde puteam fi expus unei doze ne-bărbătești de cultură nedorită. Știam cit de periculoși sînt francezii. Orice, numai asta nu. M-am plimbat de colo-colo, impresionat de numărul mare de librării care stocau literatură

neobișnuită și, dacă aș fi avut portofelul doidora, aș fi cumpărat un exemplar din „Paternitate neplanificată”, care conținea indicații prețioase date de un tată neplanificat mamelor în cauză. Dar n-am îndrăznit să mă despart de cei cițiva franci pe care-i aveam la mine. Am băut un pahar de Prune Magic într-un bistrot și am reflectat la soarta mea. În cele din urmă gândul m-a dus la O'Toole. Poate că ar putea el să mă ajute. I-am scos la lumină adresa. Stătea aproape de locul în care mă găseam. Și n-avea cum să se întimplă nimic rău, gândeam eu, dacă treceam pe la el ca să-l salut și să-i transmit mesajul unchiului său. Am găsit locul destul de ușor, un loc cit se poate de sinistru, și o femeie, într-un fel de cutie, care mă urmărea cu atenție. A sărit cit colo cind i-am pomenit numele lui O'Toole și a scos de sub șorț un satir pătat de singe. Mi-a cerut să-i transmit un mesaj al cărui sens n-am reușit să-l dezleg. Și totuși suna amenințător. Și-a subliniat cerea cu satirul. Mi-am ridicat melonul și am șters-o în sus pe scara mincării de molii pînă la numărul 13. Sineeria fiind stricată, am băut în ușa cu umbrela. Pe moment nu se auzi nimic. Apoi deodată totul începu să se deruleze ca într-un film de groază. Ușa

zbură în lături, ceva mă înfășcă de cravată, mă tiri înăuntru și mă imbrinci într-un perete. Ușa se trînti în urma mea și virful unui cuțit începu să-mi apese nodul cravatei. Mă aflam în prezența lui O'Toole. „O vorbă și te-am terminat” — șuiera el printre dinți. Departe de mine gândul de a scoate vreun cuvînt. Eram năucit. Mă trase într-un fel de atelier și mă aruncă pe o canapea pe care mă rostogoli turtindu-mi melonul. „Ești trimisul lor — spuse el —, ca să mă spionezi. Doar i-am spus unchiului că următorul va avea de suferit. Și tu vei fi acela.” Auzind aceasta am încercat să par degajat și amabil. Fără folos însă. Situația mă depășea. O'Toole arăta ca Dylan Thomas după o săptămînă petrecută pe acoperiș. Fular, pălărie cu boruri întoarse, tot arsenalul. Un tip dur, ce mai. Evident că un răspuns moale n-ar fi avut nici un efect. Pe deasupra mai mirosea și a țuică de prune. Își pierduse controlul. „M-au înnebunit necazurile și neghiobul ăla bătrîn care-mi tot trimite spioni pe cap”. Îi tremura buza de jos. Evident că tipul era pe punctul de a claca. Mi-am recuperat melonul și mi-am dres ce-mi mai rămăsese din glas. „Uite ce-i, O'Toole — am spus eu —. Calmează-te și povestește-mi tot ce s-a ntm-

plat. Poate te pot ajuta cu ceva”. La acest apel O'Toole scoase un strigăt și înaintă spre mine cu cuțitul ridicat. „Poate că ai dreptate — spuse el. Golește-i buzunarele.” Din păcate portofelul meu nu-i putea oferi o bucurie de lungă durată. Nemulțumit, în ciuda privirii mele oneste, mă buzunări cu o mină de expert. Începu să se învîrtă prin cameră în culmea ftriei gesticulînd larg cu amîndouă minile. „Care-i necazul, O'Toole” — l-am întrebat și probabil că ceva felin și mingietor în vocea mea îi atinse o coardă sensibilă pentru că scoase un suspin înăbușit și spuse: „Am întirziat cu plata chiriei și din cauza asta o să mi-o ia pe Miriam. Deseară vin să-mi pună sechestrul pe lucruri.” Inspectori francezi cu favoriți lungi aveau să-l distrugă pe nepotul lui Polk-Mowbray. Era trist să vezi un tînăr atît de nenorocit. „Dar n-or să pună laba pe ea — șuiera el. Doar peste cadavrul meu.” Treptat am ajuns la concluzia că trebuie neapărat să clarific situația; o parte din ce vă spun acum am aflat, bineînțeles, cu mult mai tîrziu. Dar pentru moment această referire la aleasa inimii lui (numai un latin ar pune sechestrul pe o fată) m-a pus în incurcătură. „Cine și unde este Miriam” — am întrebat, cercetînd cu atenție camera aproape pustie. Arăta cu virful cuțitului, foarte ascuțit dealtfel — încă vă mai pot arăta gaura lăsată în cămașa mea. Lumina electrică fusese tăiată și în cameră era destul de întuneric, cu toate acestea am putut desluși într-un colț ceva ce aducea a mumie. „Face 250 de lire. Și pe deasupra e și mătușa mea”. Mă credeți sau nu, arătarea era un schelet în toată regula, în genul celor folosite de mediciiști pentru a se speria unul pe altul. Nu-i lipsea absolut nimic, din creștet pînă-n tălpi. Afirma de un cirilg prins de git; dacă te dădeai mai aproape îi descopereai chiar și un zîmbet ciudat. M-am cutremurat. Dar nefiind obișnuit să abandonez un raționament, l-am rugat pe O'Toole să se liniștească puțin și să-mi dea cîteva explicații. Crescuse într-o familie de chirurghi din Dublin, devotați principiiilor Revoluției franceze. La insistența părinților venise să studieze la Paris. Miriam, mătușa lui, își cedase corpul științei în onoarea familiei. Era singura lor amintire de familie. În afară de ea nu mai aveau nimic altceva. Dar, din mîrînimie, i-au dat-o la plecare, îndemnîndu-l probabil să încerce să se ridice la înălțimea sacrificiului ei sau chiar să-l depășească. Și acum aveau să pună sechestrul pe ea. Cu cit înaintezi în viață, cu atît aceasta ți se pare mai puțin reală... Deși tipul s-ar fi putut să fie un ticălos, nu m-am putut abține să nu simt o undă de simpatie pentru el. Resimțea din plin lipsa banilor. Prin întrebări abil puse am aflat și restul. După cite se părea el nu putea fi sechestrat, ci numai lucrurile lui; reușise să-și scoată cea mai mare parte din haine urcînd și coborînd scările imbrăcat de fiecare



dată în trei sau patru costume pe care le scoate în WC-ul unui bistro din apropiere, unde prietenul lui, Coco, se angajase să aibă grijă de ele. „Dacă aş încerca să cobor cu un geamantan portăreasa s-ar repezi la mine cu satul ei plin de sînge. Va trebui să-mi las aici geamantanele. Dar ce mă fac cu Miriam.” Nu-mi venea în minte nici o soluție. Apoi l-am văzut cum își miște ochii. Aproape că mă tăie cu privirea care parcă cerea o felie din mine. „De ce mă privești așa?” — am strigat. Am simțit că o idee înspăimîntătoare pune stăpînire pe el. Și am avut dreptate. „Am găsit! — strigă el, fluturîndu-și cuțitul cu o amenințare reînnoită. Spuneai că ai venit să mă ajuți; da, așa ai să și faci. Deschise fereastra și arătă în stradă. Ai să stai acolo, iar eu am s-o cobor pe Miriam — spuse el. Dar dacă atunci cînd cobor găsesc cine mai mică fractură, soarta ți-e pecetluită”. Am încercat să protestez. La urma urmei, pledam eu, sînt supus britanic, Cavalier al Ordinului Sf. Mihail și Sf. Gheorghe, membru al Clubului „Rotary” și un binecunoscut instrumentist. Sigur că nu se putea aștepta ca eu să stau la un colț de stradă din Paris cu o matusă dezbrăcată în brațe. Și totuși se aștepta. Mă împunse din nou cu cuțitul. „Să nu crezi cumva că poți să mă duci — adăugă el. Pot să-l și arunc. Uite!” Se-ntoarse și aruncă cuțitul care se înfipse în dulapul de bucătărie. Puțin mai tîrziu, pe scara care scrijlia la fiecare pas, cobora un foarte supus funcționar de stat, înclinîndu-și melonul în fața domaderului lipsit de farmec din cutie, care încă mai aștepta sechestrul înainte de a lansa un atac asupra numărului 13. În stradă era frig. Fără să vreau, simțul realității începu să mă părăsească. Aveam impresia că nu mai sînt eu, eul meu intrinsec, așa cum așteptam acolo uitîndu-mă tîntă în sus la ciolanele acestei venerabile matusi care, bătăgîndu-se ușor în adierea vîntului, cobora spre mine pe o bucată de sfoară groasă. Am prins-o cum trebuie. Miriam, mai grea decît v-ați așteptat, se afla la loc sigur în brațele mele. „Și acum ce fac?” — am strigat nerăbdător spre cer. De după colțul străzii apără un polițist. Încrămeni locului uluit de spectacol. Am devenit imediat conștient de goliciunea specimenului și am încercat să-i vir brațele în mantaua verde din plastic. Polițistul îmi urmări efortul citeva secunde, palid ca un mort, apoi, mormăind ceva despre unele gusturi cam ciudate, făcu stînga-împrejur și o luă la goană prin mijlocul străzii suflînd din fluer și chemînd martori. Nu mai era timp de explicații sau de scuze pentru că acum O'Toole demară din ușă ca într-o reclamă Michelin, îmbrăcat în ultimele trei costume și patru pulovere. „Fugi!” — strigă el, și, cuprins de panică, am pornit într-un galop nebun. Am cărat-o pe Miriam cu rîndul, intrînd val-virtej în bistro. „Salvați!” — strigă



O'Toole. Nu știu dacă v-ați aflat vredată în compania unui schelet într-o manta verde din plastic. Nici nu știu cum să descriu senzația... E ceva sinistru. Cei mai mulți dintre clienții bistrului pâliră sub bronzul lor, își scoaseră pipele din gură, dădură să vorbească și apoi înghițiră în sec. O'Toole o trînti pe Miriam pe un scaun de la bar și comandă trei pahare. Coco, prietenul lui, luă lucrurile cît se poate de normal. Probabil credea că Miriam fusese măcelărită de O'Toole și reasamblată într-un moment de plictiseală de dragul unei companii în serile ploioase de simbată. Nu știu. Oricum, urmă o lungă discuție asupra obținerii unei sume convenabile în schimbul scheletului. Aceasta bineînțeles că i-a făcut pe cei din jur să ciulească urechile și să facă tot felul de comentarii deplasate. Coco era de părere că Miriam trebuia vîndută la „Clinique des Pieds Sensibles”, dar din nou nu puteam face nimic din cauza sărbătorii naționale. Clinica era închisă. Eram acum atît de surescitat încît am dat pe gît paharul lui Miriam. Dar timpul nu aștepta; trebuia s-o șterg și am spus-o. „Ba ai să rămii cu mine pînă la sfîrșit — strigă O'Toole — sau pe oasele lui Polk-Mowbray că o să-ți tai beregata ta de funcționar de stat”. Polk-Mowbray! În momentul acela m-am gîndit la el cu atîta dezgust. Iată-mă fără nici un ban și la cheremul acestui nebun negricios, obsedat de matusă-sa.

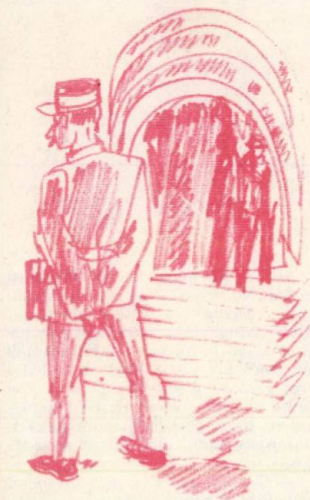
Coco încercă să ne îmbărbăteze cu un cîntec — și avea plămîni, nu glumă —, dar nu ne ardea de veselie. O'Toole gindea adînc. Apoi spuse că i-a venit o idee. Există o persoană care putea să-i dea o sumă rezonabilă pentru Miriam, un tip numit Raoul. Dar Raoul locuia undeva în afara Parisului. Trebuia, oricum, să împrumutăm niște bani, drept pentru

care O'Toole își amăneta citeva costume lui Coco. „Nu vreau să merg cu tine” — am scîncit eu. „Liniște, An-covy, tună el. Doar moartea ne mai poate despărți acum.” De asta mi-era și mie frică; dar mă simțeam prea slab și lipsit de apărare. Într-un fel Miriam mă modelase după voința ei osoasă. N-am să descriu mărcața noastră trecere prin Paris — o păstrez pentru volumul doi al memoriilor mele. O'Toole era acum cherche-lit bine și dispus să fie vesel pînă la grosolănie. Dar, așteptînd autobuzul, v-ați întors vredată ca să dați cu ochii de un schelet într-o manta din plastic chiar în spatele dv.? Împrăștiîm groază pe oriunde treceam. Într-un autobuz O'Toole a așezat-o pe Miriam pe locurile rezervate invalizilor de război și a refuzat să-i cumpere bilet, declarînd că Miriam căzuse în luptele de pe Marna. Figura taxatorului a devenit asimetrică, mustața i s-a rotit cu 365 de grade, dar ce putea să spună? Cum putea să dovedească contrariul? De citeva ori ne-am rătăcit. Începeam să cred că toată lumea din oraș ne-a văzut cu neobișnuitul nostru tovarăș. Unii credeau că facem reclamă la aparate ortopedice. Alții că eram Burke și Hare, jefuitorii de morminte, într-un chef prelungit prin Paris.

Din cînd în cînd mă trezeam pe jumătate din starea de transă și mă rugam cu voce tare. Dar Miriam nu făcea decît să zîmbească. Niciodată nu am mai fost în centrul atenției ca atunci. Am ajuns la o așezare de țară al cărei nume era aproximativ Sf. Abdomen la Boue. Am tîrît-o pe Miriam printr-un cimitir sub privirile furie ale țărănilor. Am tras de un clopoțel, s-a deschis o ușă și în prag a apărut Raoul, cu basca pe cap și cu pipa în gură; am crezut că ne aflăm în siguranță, mai ales că Raoul n-a mai putut de bucurie cînd a văzut-o pe Miriam și a fost imediat de acord



să-i găsească un sălaș ca lumea. De fapt a valsat cu ea prin cameră în culmea fericirii. Apoi s-a oprit și s-a-nnegrit la față. După toate aparențele și el se afla în impas. Se cer-tase cu preotul din localitate și fusese îndepărtat de biserica din St. Abdo-men, fiind suspectat de magie neagră: adevărul e că încercase să cultive sa-lată în grădina lui după metoda bio-organică a lui Rudolf Steiner. Nu prea știu bine despre ce e vorba, dar am înțeles că pentru a reuși trebuie să împrăștii semințele pe lună plină și să le dai ocol recitând versuri mis-tice și cîntînd la cîmpoi. Destul pen-



tru a da naștere la cele mai negre suspiciuni. De fapt lucrurile luseră o întorsătură atât de gravă încît se gîndea chiar să-și închidă casa și să se întoarcă la Paris. În timp ce ex-plica toate acestea, sună telefonul. Răspunse și apoi sări în sus. „Vin să mă aresteze. Cineva a informat poli-ția că a văzut oameni tirînd cadavre din cimitirul de alături și aducîndu-le aici. N-avem timp de pierdut”. Am strîns umbrela în mînă pînă mi s-au albit incheieturile. Ce alte grozavii mă așteptau? Afară începu să bată ameninșător un clopot de biserică; strigătele minioase ale localnicilor se azeau din ce în ce mai aproape; ci-teva pietre izbiră poarta din față. Am rămas jîntuși locului, uitîndu-ne unul la altul. Apoi, din depărtare se auzi sirena unei mașini de poliție care se îndrepta spre noi cu toată vi-teza. „Repede — strigă Raoul. Tre-buie să fugim.” Din nou m-am lăsat cuprins de virje. Nu-mi aduc aminte exact ce s-a întîmplat — cum ne-am trezit cu toții în mașinuta lui Raoul. M-am așezat în spate, cu Miriam pe genunchi. În timp ce țîșneam pe poartă sub o ploaie de bulgări, un țî-păt demonic izbucni dintr-o mică de-gitejuri. Cele mai sumbre suspiciuni

fuseseră confirmate. Un adevărat țî-păt de groază. Sigur, puțin exagerat, dar se știe că țărani needucați așa reacționează. La urma urmei, îmbră-cămîntea încă îmi mai era în ordine și aveam și melonul pe cap. N-avea nici un rost să-și închipuie că...

Am traversat țîntul ca vîntul, ur-măriți de cîteva mașini negre pline cu mustați. Ne aungeau din urmă. „Mai repede” — urlă O'Toole și Raoul apăsă acceleratorul pînă la refuz. Ju-decînd după derapaj, luam curbele prea repede; și nici nu puteam păstra viteza maximă. Am dat colțul și ne-am trezit în fața unei treceri de nivel blocate. Era prea tîrziu pentru a mai frîna. Raoul făcu o încercare extraordinară de a sări peste obstacol; am zburat pe o parte și am aterizat pe cîmp, intrînd cu toată viteza într-o căpiță de fin. Cred că mi-am pierdut cunoștința; totul era numai fum, întuneric și mîncărime. Dar cînd în cele din urmă am fost adunat de pe jos, am simțit o mare ușurare pentru că Miriam nu mai exista. Se pulverizase în mii și mii de particule. De fapt, cam același lucru se putea spune și despre noi. Bravii polițiști ne-au cules bucăciță cu bucăciță, ne-au întins pe țîrghi și ne-au dus la ambulanță. Următorul lucru de ca-re-mi amintesc e că m-am trezit într-un pat, alături de cel al lui O'Toole, în spitalul local din Mois-son. Mă durea tot corpul, dar nu era nimic rupt. Scăpasem ca prin ure-chile acului. În timp ce zăceam pe ju-mătate adormit, am auzit doi meca-nici vorbind despre cazul nostru și despre tratamentul cel mai indicat. O'Toole o făcea pe mortul, dar ascu-ta cu atenție. O voce spuse: „Nu sînt de acord cu tine, Armand. Cordon Rouge e destul de puternic într-un caz ca acesta”. Cealaltă voce elătină din cap și replică: „După pă-rerea mea, numai Imperial îi poate lecu”. Am început să tremur de bucurie. Am binecuvîntat profesiu-ne de medic, atât de avansată încît să prescrie șampanie în astfel de ca-zuri; e bună la șoc, la zgîrieturi, bună la toate. Și pe deasupra Tokay Impe-rial, Cordon Rouge... Nici nu-mi păsa care. Vocile se îndepărtară pe coridor și rămaserăm din nou sin-guri. Am chicotit și m-am întins spre O'Toole. „Ai auzit?” — l-am întrebat. O să fim tratați cu șampanie. Nu-i așa că-i grozav?” Dar O'Toole era

verde la față, iar buzele îi înginau o rugăciune. „Anchovy — spuse el în cele din urmă —, habar n-ai pe ce lume trăiești. Inconștiența ta mă calcă pe nervi. Imperial și Cordon Rouge sînt cele mai mari supozitoare inventate vreodată de știință”. Dum-nezeule! Citasem obsesia medicului francez de a prescrie supozitoare obișnuite pentru orice: de la limbă încărcată pînă la gangrenă terțiară. Nu vreau să pun la îndoială avanta-jele folosirii supozitoarelor. Sînt con-vins că sînt indicate în multe cazuri dificile. Dar ce mă enervează e că sînt prescrise pentru orice. Fără al-ternativă. Iată-mă deci la cherecul unor oameni cu o idee atât de fixă. Cum voi mai putea apara oare în fața celor de la ministru? Un strigăt îmi fișni de pe buze: „Niciodată!” Și nu de formă. M-a cuprins un fel de frenezie. Într-o secundă mi-am dat jos bagajele și am făcut o vîltă din cămașa de noapte direct în panta-loni. Melonul și umbrela erau la ca-pul patului. „Adio, O'Toole — am urlat ca un leu și dintr-o săritură am fost la ușă. Am coborît scările pe lingă sora care avea grijă de noi. Du-cea pe tavă un fel de aruncător de grenade. Cred că n-a zărit decît o străfulgerare de alb cînd am trecut de ea ca o nălucă, pierzîndu-mă în pă-durea care înconjură spitalul. Fuga mi-a mobilizat toate resursele. Am făcut cu mîna unei furgonete care se-ndrepta spre Paris și m-am întors la ambasadă, decis să dorm și pe trepte dacă era nevoie. Dar, spre no-rocul meu, Glamis Tadpole se întor-sese și era dispus să mă primească. Toate necazurile mele luau sfîrșit. Am acceptat un pahar cu scotch și m-am relaxat în fotoliu, în timp ce Tadpole încerca să facă o conversație plăcută. „Văd că ești foarte relaxat — spuse el. Probabil că ai petrecut un week-end minunat”.

De-ar fi știut. Uneori în visele mele primesc vizita lui Miriam, dar imaginea ei a început să pălească. Doar că acum mi-am luat obiceiul de a ooli Parisul în timpul călătoriilor mele. Un om la vîrstă și poziția mea socială trebuie să fie foarte circum-spect, nu?

Traducere de
Petrus IAMANDI

PROFILAXIE ÎN CIRCULAȚIA RUTIERĂ

Un triunghi roșu pe fond alb este semnul distinctiv aplicat în Norvegia pe medicamentele interzise celor care conduc autovehicule de toate tipurile sau motociclete. Inițiativa producătorilor de medicamente norvegieni, eficiență măsură de prevenire a accidentelor rutiere, a făcut inaccesibilă folo-sirea de către posesorii de permise de conducere auto a medicamentelor antidepresoare, tranchilizante, somnifere, antihistaminice (indicate în aler-gii), analgezice, hipotensoare, a medicamentelor care conțin cofeină și a celor indicate în epilepsie. Norvegia a adoptat această măsură de la 1 aprilie 1981, celelalte țări scandinave urmînd s-o aplice de la începutul anului 1983. O măsură care este dublată de cea adoptată cu ani în urmă, prin care nici un fel de medicament nu se poate elibera decît cu rețetă.

UN MEDICAMENT EFICIENT

Lee MILLAR (Anglia)

În localitatea South Laguna, cu o populație nu prea mare, sunetul strident al telefonului l-a trezit pe Keeneth Kramen din somnul lui adânc.

— S-o ia dracu de treabă, am uitat să-i spun telefonistei că azi am zi liberă... Pe jumătate adormit a pus mina pe receptor.

— Vă rog, cine sună?

— Doctorul Adams? Din vocea agitată se putea presupune că e vorba de un caz urgent.

— Nu! Aici e Kramen... Am preluat postul lui Adams.

— Domnule doctor, vă rog foarte mult veniți repede. Prietenul meu e grav bolnav! Grăbiți-vă — a insistat necunoscutul.

— Numele dv.? a întrebat medicul, care era deja complet treaz.

— Nu sînt pacientul dv. permanent, domnule doctor, dar...

— Ați fost pacientul colegului Adams? V-a tratat vreodată?

A intervenit o clipă de tăcere și apoi necunoscutul a răspuns:

— Natural! Mă numesc Jackson, dar nu e vorba de mine, ci de prietenul meu...

Kramen a stat o clipă în cumpănă și apoi s-a gândit că pînă se luminează de ziua va reuși să ajungă la bolnav.

— Ce simptome are?

— Pete e tot transpirat și are dureri atroce la stomac. Vă rog, domnule doctor, grăbiți-vă, suferă enorm și eu singur n-am cum să-l ajut.

— Adresa bolnavului? Cu receptorul strîns între umărul drept și ureche, Kramen își nota adresa, cu cealaltă mîină se dezbrăca de pijama.

Într-o casă nu prea mare din Temple Hills Drive, Jerry s-a culcat și el și a reflectat cu voce tare:

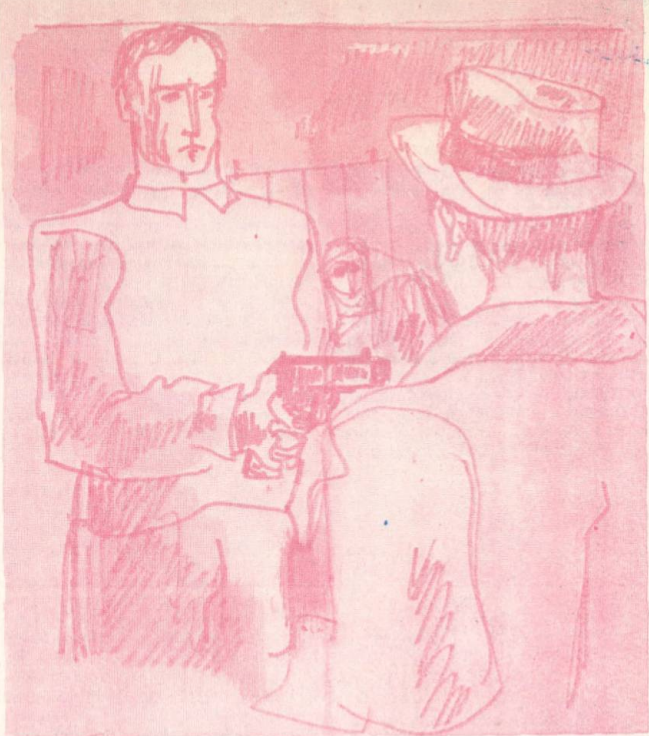
— Am avut noroc, Pete! Medicul e pe drum.

Bolnavul, ca și cum n-ar fi auzit această veste îmbucurătoare, se tot vâlta și plîngea. Prietenul său i-a spus atunci:

— Mai rabdă o clipă, bătrîne! Nici eu nu mă simt prea bine!

Medicul viră la dreapta, mergînd printr-o ulicioară întunecată ce cobora în pantă. Reflecta în același timp de ce oare pacienții care au noaptea nevoie de asistență medicală totdeauna locuiesc în locuri îndepărtate. Motorul încă nu era bine încălzit și la viraje nu prea îl asculta.

Deși strada Temple Hills Drive era slab luminată, medicul a găsit pînă la urmă casa cu numărul respectiv. A trecut repede printr-un coridor întunecos, după care a coborît pe pantă



încă mai mulți pași pînă ce a ajuns lîngă niște scări de lemn care se terminau cu un balconaș de unde se vedea în dreapta o ușă. De după aceasta a apărut capul unui bărbat care a deschis-o larg.

— Domnul Jackson? a întrebat medicul.

— Da, poftiți înăuntru, domnule doctor.

Medicul a intrat, dar a avut timp să constate că nici cel ce l-a primit nu arăta prea bine.

Jackson a arătat o draperie dintr-un material gros. Kramen, în mod energic, a tras-o într-o parte și s-a apropiat de bărbatul întins pe pat. Acesta stătea culcat pe burtă cu privirea îndreptată spre ușă. Cînd a observat medicul, a închis ochii. Văzîndu-l, Kramen exclamă:

— Acest om nu este bolnav, ci...

Teava pistolului care era aproape de nasul lui l-a făcut să-și întrerupă fraza la jumătate.

— Greșiți, domnule doctor, a replicat caustic Jackson. Prietenul meu e bolnav... starea lui după o injecție cu morfină se va îmbunătăți...

— Dar... vru să precizeze medicul, însă Jerry, cu o mișcare energică cu mîna în care ținea revolverul, îl invită la tăcere. Apoi, îndreptîndu-și privirea spre trusa cu medicamente spuse: Deschideți-o și faceți pacientului injecția. E ceva cît se poate de simplu...

— Așa ceva eu nu fac, vorbi cu hotărîre Kramen.

— Atunci mă descurc și singur. Am făcut-o de atîtea ori...

Jackson s-a aplecat asupra trusei, a vrut s-o deschidă, dar medicul a făcut un gest cu mîna ca și cum ar fi vrut să-l oprească... Bărbatul, la gestul făcut, s-a îndreptat spunîndu-i medicului:

— Vă recomand să vă temperați nervii. Nu vreau să vă fac vreun rău, dar... Medicul a rămas nemișcat. Jerry continuînd: Ascultați! Așezați-vă acolo în fotoliu, arătîndu-vă de lemn alb cu o husă de culoare roz, care se găsea într-un colț. Cel puțin n-o să fie vorba de vreo neînțelegere, îi fac injecția și apoi plecăm, dumeana rămiți aici, întreg și sănătos.

— Și dacă nu vă ascult? a întrebat îmbufnat medicul extenuat.

— Presupun că ne vom înțelege, conchise Jackson, zîmbind și lovînd revolverul cu palma. Mă înțelegeți, da?

— Desigur, confirmă Kramen.

— Liniștiți-vă și așezați-vă. Îmi pare rău că n-am pentru dv. un pahar de bere rece și un sandviș, dar deja e tirziu așa că lăsa ospitalitatea.

Kramen s-a așezat în fotoliul din colț, potrivit dorinței lui Jerry, urmîrînd neputincios și tulburat cum acesta îi deschide trusa și scoate din ea acul și siringa.

— Unde le-ați ascuns?

— Despre ce vorbiți? a întrebat medicul cu o figură surprinsă.

— Nu face, domnule, pe prostul? E vorba de morfină. Credeați, chipurile, că am căutat ceva antinevralgice?

— Fiola cu morfină e într-o cutiută mică, pe care scrie „morfină”. Dacă știți citi, nu va fi o problemă ca s-o găsiți!

Jackson înjură, dar în acel moment Pete începu din nou să se vaita.

— Grăbește-te, Jerry, nu te mai fiți atîta.

— Mai stai o clipă. Jerry puse arma pe pat și-l atenționă pe medic

că va trage imediat dacă cumva i-ar veni gîndul să-l interzică. Scoase fiola cu eticheta „morfina” și umplu seringă.

— Imediat o să-ți fie mai bine, Pete. Cu îndeminarea unui practicant vechi a înfipt acul în brațul prietenului și seringă încet, încet s-a golit.

— Acum ți-e mai bine? Poți merge pînă la mașină?

— Cred că da, a șoptit Pete. Să mai stăm puțin. Apoi, uitîndu-se la prietenul său, adăugă: nici tu nu arăți prea bine...

Jerry umplu iar seringă. Apoi, urmărindu-l atent pe Kramen, își suflecă mîneca și înfișe cu mare dexteritate acul. După ce termină, luă restul de narcotice din trusă și împreună cu seringă și acele le puse în buzunarul hainei. — Rezerva pentru zile negre — menționă el cu o nuanță de ironie în voce. Și acum trebuie s-o ștergem de aici. Luă revolverul, scoase din dulap geamantanul, iar lui Pete îi aruncă haina, uitîndu-se tot timpul la medic. Apoi se adresează prietenului: Dacă vrei poți să te rezemi de mine, dar fi atent la revolver.

Cu ajutorul lui Pete s-a îndreptat și mergînd spre ușă spuse:

— Încă nu mă simt în toate puterile...

— Fii atent, Pete, merg în urma ta imediat, l-a liniștit Jerry. Se apropie de telefon și cu o singură mișcare smulse firul spunîndu-i răutăcios medicului:

— Plecăm cu Pete în Mexic, dar avem nevoie de timp pentru o bucată de vreme. Vă leg cu firul telefonului. Acest lucru ne asigură cîteva ceasuri de liniște și apoi puteți face ce vă place!

Jackson s-a apropiat de medic și l-a legat de fotoliu cu șnurul de la telefon. Atunci a auzit zgomotul provocat de căderea lui Pete.

— Nătărăule! Ți-am spus să fii atent.

După ce Jerry a legat firul și a fugit pe scări, deodată a simțit o acută amețeală. Și-a dat seama ce s-a întimplat și, pe jumătate numai conștient, a reușit să mai tragă cu pistolul în direcția unde era medicul legat, rostogolindu-se și rămînînd întins lîngă prietenul său.

Medicul și comandantul poliției locale, Ames, stăteau lîngă scări și se uitau cum sint încercări în mașina poliției ambii narcomani.

Explică-mi și mie ce s-a întimplat propriu-zis cu ei.

Kramen îl privi cu un aer de superioritate, apoi spuse:

— Totul a început încă din luna trecută, cînd cabinetul doctorului Packard a fost spart și s-a furat întreaga cantitate de morfina. Apoi a fost atacat Bille Petter cînd ieșea din casă. Și cînd venerabilul medic Camiard a fost atacat în parcul Heisler, dîndu-i-se în cap și smulgîndu-i-se trusa, ne-am solidarizat toți medicii localnici. Trebuie să acționăm în mod uniform. Știi, desigur, că medicii în muncă lor au mari riscuri. Viziunile de noapte la domiciliu trebuie să

apere viețile oamenilor, dar noi niciodată nu știm la ce ne putem aștepta. Poliția nu ne poate ajuta, căci ar trebui să însoțească pe fiecare medic la fiecare vizită de noapte. Așa că la ședința noastră din South Lagun am constatat că delincvenții sint aceiași — narcomani localnici. Aceasta s-a putut constata după tactica lor identică...

— Deci medicii localnici au devenit deodată criminaliști...

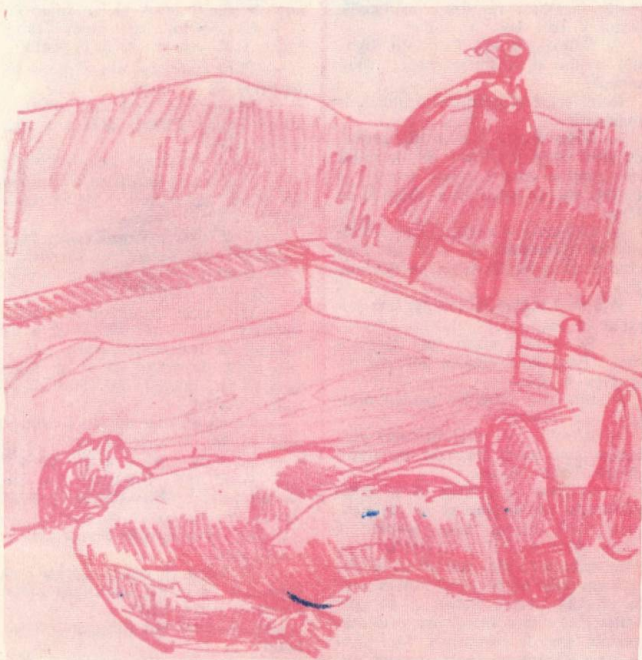
— La ședință am convenit să înde-

părțăm de pe fiolele de morfina etichetele, înlocuindu-le cu altele. Etichetele de morfina le-am lipit pe fiole de alte medicamente. Sperăm că așa greutățile noastre vor lua sfîrșit.

— Și ce ați dat în loc de morfina? a întrebat comandantul poliției.

— Un somnifer. Știam că ambii noștri prieteni vor adormi după injecție ca bebelușii pînă la prînz și între timp vom avea noi grijă de ei...

Traducere de Th. CUTLIC



NEBUNIE CURATĂ SĂ APRINZI O ȚIGARĂ!

George ANTONICH
(S.U.A.)

În timp ce priveam pe cei doisprezece membri ai juriului, sudoarea mi se prelingea pe față.

— Domnilor, eu sint conducătorul acestei ședințe, în care avem de cer-

catat pricina morții lui Miles Rigby. O moarte surprinzătoare, domnilor...

John Tobey, bătrînul cu fața roșie, sări în picioare ca ars.

— Doar e limpede, domnilor, că a fost sinucidere!

— Poate, am răspuns, dar chiar și noi cei aflați la mare depărtare de civilizație, în mica noastră așezare Indian Spring din Montana, trebuie să respectăm legea.

John Tobey scăpă o înjurătură printre dinți apoi luă loc. Aproape că-mi era milă de el. În această localitate el era reprezentantul societății de asigurare la care decedatul Miles Rigby era asigurat, iar dacă moartea lui Miles Rigby nu va fi declarată drept sinucidere, societatea lui John Tobey ar pierde cincizeci de mii de dolari. În caz de sinucidere firma nu era obligată să plătească nici o centă!

Primul fu strigat de polițistul Bo Cajinnie, un indian tînăr și prezentabil.

— Ce s-a întâmplat, domnule Bo, în noaptea morții domnului Miles Rigby?

— Mi s-a ordonat prin radio să mă duc la domeniul Rigby. Acolo se afla un magazin cu artizanat indian, locuința și un mic bazin de înot. La o distanță de 300 m se găsea un mic studioul. Când am ajuns acolo studioul era în flăcări. Pe Rigby l-am găsit în bazin cu fața în jos, mort.

— Și ce s-a întâmplat după aceea? am întrebat.

— Faye, soția lui, îl trase afară din bazin și încercă să-l readucă la viață, făcându-i respirație artificială. Totul a fost însă în zadar.

— Cunoașteți faptul că soții Rigby nu aveau o căsnicie prea armonioasă?

Ochii negri ai poliștului indian se îngustară.

— Miles Rigby era un tip brutal, cu gura mare. Un sadic. M-am mirat întotdeauna cum îl poate suporta o femeie atât de amabilă și drăguță ca Faye.

— Domnule Cajinnie, este adevărat că dumneata ai avut de gând cîndva să o iei de soție pe doamna Faye?

Poliștul înghiți în sec. Își lăsă privirea în jos.

— Pe atunci eram un flăcăian-dru... Faye mi-a respins însă cererea și bine a făcut.

— Mai sînt întrebări pentru mar-tor? am întrebat.

— Absolut nici una! Întreaga dezbateră este pură pierdere de timp! zbiră Tobey furios.

L-am lăsat pe polișt să se îndepărteze și am început să-mi răsfățesc prin hîrtii. Mi-am adus amînt că acum cîteva luni Faye venise la mine cam încurcată. Mai demult ea își cîștiga existența grație picturilor pe care le executa pentru turiști și pe care Miles Rigby le comercializa prin magazinul său de suveniruri. Mai apoi el s-a căsătorit cu Faye, desigur nu mai pentru a nu-i mai plăti acesteia nimic pentru tablouri. După ce Faye a devenit soția lui Rigby a început să o bată. Țin minte că odată cînd a venit la birou pentru un formular fața îi era învinețită de lovituri, brațele îi erau zgîrțiate. M-am uitat la ea și i-am zis:

— Dacă dorești, Faye, aș putea schimba eu cîteva vorbe cu domnul Rigby. Legea este de partea dumitale...

— O, nu, se opuse ea, e bărbatul meu și are voie să mă bată. Și zicînd aceasta zbură din biroul meu...

Acum, în același birou, conduceam dezbaterile. Am ridicat capul suspinînd.

— Domnule șef, zise Tobey, vreau să se termine odată cu povestea asta blestemată!

Mă uitam gînditor la Tobey. Se comporta la fel de impulsiv precum presupuneam, precum mă așteptam.

— Domnule șef, zise Tobey, acum am să vă pun și eu o întrebare: Ați fost doctorul de casă al lui Miles

Rigby, dv. l-ați tratat. De ce boala suferea?

— Avea o tumoră cerebrală care nu putea fi operată!

— După părerea dv. cît mai avea de trăit? Care a fost reacția lui Rigby la aflarea diagnosticului?

— S-a dus să se consulte și la alți doctori. Toți au confirmat însă diagnosticul meu. Apoi a revenit pentru a-i prescrie un tratament care să-i aline durerile. Mai tîrziu, cînd i-am spus că e în faza finală a bolii și că nici drogurile nu-i vor mai fi de nici un folos, mi-a spus că nu mai are nimic de făcut decît să se sinucidă.

— Ei, poftim, zise John Tobey, Miles voia așadar să-și ia viața!

— Fără îndoială, am răspuns, intenționa să o facă.

— Mulțumesc, îmi este suficient, strigă Tobey. Putem încheia, așadar, dezbaterile.

Am dat din cap dezaprobat:

— Trebuie să ascultăm și depozițiile soției defunctului, ale doamnei Faye!

Faye se îndreptă spre banca mar-torilor. John Tobey o întrebă:

— Cum a decurs seara în care soțul dv. s-a sinucis?

— Mi-a spus la telefon că a închis ferestrele studioului său și că a dat drumul la robinetul pentru gaz.

— Sînt de acord că Miles Rigby voia să se sinucidă, dar cum? am întrebat eu.

— Bine, dar e la mîntea cocoșului, voia să se intoxice cu gaz!

— Și atunci de ce a fost găsit în bazinul de înot? Conform rezultatului autopsiei, Miles Rigby a murit înecat, nu intoxicat cu gaz!

John Tobey își roti privirea pe tavanul sălii:

— Probabil că treaba mergea prea încet, așa că a luat un chibrit pentru a decola spre lună!

Din nou am dat din cap dezaprobat:

— Explozia din studio a fost ușoară, iar bazinul de înot se afla mult prea departe pentru ca Rigby să fi putut fi aruncat de suflu pînă acolo. Am tăcut un moment, apoi l-am întrebat pe John Tobey cu voce liniștită, dar sigură: Cum credeți că a ajuns Miles Rigby în bazinul de înot?

— Foarte simplu, strigă John Tobey. A aprins un chibrit, hainele i-au luat foc, iar el a alergat spre bazinul de înot.

— Și de ce a alergat Miles Rigby spre bazinul de înot?

— Păi pentru a stinge hainele care-i luaseră foc, răspuse Tobey. Se opri brusc și se bîtu peste gură.

M-am adresat apoi juraților:

— Trebuie să mulțumim cu toții lui John Tobey pentru lămurirea misterului morții lui Miles Rigby. Acesta a vrut să se omoare dintr-o cauză care nu mai poate fi determinată. A aprins un chibrit în studioul său plin cu gaze, îmbrăcăminte i-a luat foc, iar Rigby, înnebunit, a alergat spre bazinul de înot pentru a stinge flăcările. Din nefericire s-a lo-

vit cu capul de un colț al bazinului și, cîzînd leșinat în apă, s-a înecat... De ce a alergat Rigby spre bazinul de înot? În nici un caz pentru a-și lua viața, ci, dimpotrivă, pentru a-și salva viața! În momentul acela nu mai avea nici o importanță ce voise să facă cu cîteva secunde mai înainte!

Juriului nu i-au mai trebuit nici zece minute pentru a constata în mod oficial că Miles Rigby nu se sinucisese. Pe Faye am întîlnit-o în fața hotelului. Mă luă în brațe, acum puteam arăta lumii întregi că ne iubim. Faye mi-a plăcut dintotdeauna, iar acum ca văduvă bogată îmi era, desigur, și mai dragă.

Pe John Tobey l-am întîlnit în fața biroului de asigurări. Îmi zîmbi dulce-amar:

— În nici un caz societatea mea nu o să dea faliment din cauza celor cincizeci de mii de dolari, zise el.

— John Tobey ar trebui să cunoască mai bine clauzele contractului! Nu de cincizeci de mii de dolari este vorba, ci de o sută de mii!

John Tobey rămase cu gura căscată. Izbucni:

— Ce mai înseamnă și nebunia asta?

— Conform contractelor oficiale, Miles Rigby a suferit un accident mortal, iar în cazul unui accident, soția defunctului primește o sumă dublă!

John Tobey nu mai scoase nici o vorbă. Faye îi spuse apoi eu o voce dulce:

— Nați putea accelera plata sumei, domnule Tobey. Am planuri mari cu banii pe care mi i-a lăsat defunctul meu soț!

După ce am ieșit în stradă, am rugat-o pe Faye să-mi spună cum a reușit să-l înlăture în așa hal pe bărbatul ei încît să facă gestul acela necugetat.

— Era deja destul de furios încă în momentul în care mi-a povestit că etanșase studioul și că îl umpluse cu gaz, răspuse Faye. Dar și-a pierdut literalmente capul cînd i-am spus că în aceste condiții ar fi o nebunie curată să-și aprindă o țigară!

Traducere de
N. NICOARĂ



IARBA MORTII

Agatha CHRISTIE

Era rîndul doamnei Bantry să povestească o întîmplare deosebită.

Și acum, doamna B., anunță sir Henry Clithering, incurajator.

— Știi că nu-mi place să mi se spună doamna B., i se adresa gazda cu reproș.

— Atunci, Șeherezada.

— Cu atât mai puțin sînt Șehere... sau cum i-o fi numele. Nu-s nicio dată în stare să depăn o povestire. Întrebați-l și pe Arthur, dacă nu mă credeți.

— Tu relatezi faptele destul de bine, Dolly, zise colonelul Bantry, dar stai prost cu amănuntele.

— Asta este, interveni doamna Bantry, lovind ușor cu degetele catalogul de rădăcini din fața sa. V-am ascultat pe toți și nu pot să-mi dau seama cum reușiți. „El a spus, ea a spus, voi v-ați mirat, ei s-au gîndit...” Toată lumea este implicată. Eu n-am să reușesc și gata. Și apoi, nici nu știu ce poveste v-aș putea depăna.

— Pe-asta n-o mai credem, spuse doctorul Lloyd, scuturîndu-și neîncrezător capul. Bătrîna miss Marple adăugi și ea cu voce blîndă: „Desigur, dragă...”

D-na Bantry se lăsa cu greu convinsă, dar, în cele din urmă, sir Henry o rugă să povestească o întîmplare stranie, petrecută cu ani în urmă la Clodderham Court.

— Ei bine, nu-i prea mult de spus, încercă ea să scape. Întîmplarea s-ar putea numi „Iarba morții”, deși era vorba doar de salvie și ceapă.

— Salvie și ceapă? întrebă mirat dr. Lloyd.

— Da, așa s-a întîmplat, explică ea. Era, împreună cu Arthur și cu sir Ambrose Bercy; într-o zi, dintr-o stupidă greșală, o mulțime de frunze de „degețel roșu” au fost culese împreună cu salvia. Rațele fripte pentru masa de seară au fost umplute cu așa ceva și tuturor ne-a fost foarte rău, iar o biată fată — pupila lui sir Ambrose — a murit.

Aici se opri.

— Cît de tragic, șopti miss Marple.

— Ei bine, interveni sir Henry. Și apoi?

— Nu există nici un „și apoi”, răspunse d-na Bantry. Asta-i tot.

Toată lumea era stupefiată. Deși fuseseră preveniți, nimeni nu se aștepta la o asemenea concizie.

— Dar, scumpă doamnă, reîncepu sir Henry, nu poate fi totul.

Ceea ce ne-ai povestit este o întîmplare tragică, dar în nici un caz o

problemă, cum convenisem.

— Ei, bineînțeles că a mai fost ceva. Aruncă o privire sfidătoare asistenței și continuă cu o voce plîngătoare: Dar v-am spus doar că nu mă pricep de loc să povestesc...

— Aha! Exclamă sir Henry. Se ridică de pe scaun și-și potrivi ochelarii. Află Șeherezada că asta este și mai interesant. Ne pui la încercare flerul. Înadins faci. Cred că e cazul să începem o rundă de întrebări; mi se pare lucrul cel mai nimerit. Miss Marple, nu vrei să începi?

— Aș vrea să știu, doamnă Bantry, ceva despre bucătăreasă, întrebă miss Marple. Trebuie să fi fie foarte proastă, fie lipsită de experiență...

— Da era destul de proastă. A plîns foarte mult, spunînd că frunzele de „degețel roșu” îi fuseseră aduse în bucătărie drept salvie, astfel că de unde era să știe ea ce erau de fapt?

— Nu prea gîndea cu capul ei, aprecie miss Marple, probabil o femeie în vîrstă, altfel foarte bună bucătăreasă.

— O, ca bucătăreasă, excelentă, confirmă d-na Bantry.

— E rîndul dumitale, o invită sir Henry pe miss Helier să adresezi o întrebare.

După ce se gîndi un timp, miss Helier rosti cu o voce neajutorată: „Chiar că nu știu ce să întreb”. Ochii

ei frumoși priveau rugători către sir Henry.

— De pildă, o întrebare despre persoanele aflate acolo, miss.

— Oh, da, spuse ea, asta-i o idee bună.

Doamna Bantry începu să numere pe degete: „Sir Ambrose, Sylvia Keene (aceasta este fata care a murit), o prietenă de-a ei, Maud Wye, una dintre acele fete care caută să facă impresie cu orice preț și nu știu cum reușesc. Apoi mai erau d-l Curle, care venise să discute despre cărți cu sir Ambrose, și Jerry Lorimer, un proprietar vecin. Mai era și doamna Carpenter, una dintre acele doamne „pisicoase” între două vîrste, care tind mereu să-și găsească un loc confortabil pe undeva, și care, de obicei o însoțea pe Sylvia.

— Acum e rîndul meu, spuse sir Henry. Te rog, doamnă Bantry, descriemi-i pe scurt.

Doamna Bantry ezita.

— Începînd cu sir Ambrose, insistă sir Henry. Ce fel de om era?

— Era un bătrîn foarte distins, și de fapt nu chiar așa bătrîn, mi se pare că avea vreo șaiszeci de ani. Dar avea inima slabă, nu putea urca scările și fusese nevoie să se instaleze pentru el un lift special, ceea ce îl îmbătrînea. Maniere elegante, curtenic... cred că acestea sînt cuvintele care i se potriveau cel mai bine. Nu



l-ai fi văzut încurcat sau obosit. Avea un minunat păr alb și o voce foarte plăcută.

— Dar Sylvia?

— Era drăguță, de-a dreptul frumoasă, așa zice. Blondă, cu o piele atrăgătoare, poate nu prea deșteaptă, ba chiar destul de prostuță.

— Ei, hai, hai, Dolly, protestă soțul ei.

— Bineînțeles că Arthur nu este de aceeași părere cu mine, replică d-na Bantry sec. Dar era chiar proastă, niciodată nu spunea ceva demn de ascultat.

— Una dintre cele mai pline de grație creaturi pe care le-am văzut vreodată, reveni colonelul. S-o fi văzut jucând tenis... încântătoare, pur și simplu încântătoare. Și era plină de veselie, te simțai minunat în prezența ei.

— Dar doamna Carpenter? Sir Henry nu lăsa discuția să alunece de la subiect.

— Avea în jur de patruzeci de ani. Era acolo de ceva timp, cred că de pe vremea cînd Sylvia avea unsprezece ani. O persoană plină de tact. Una dintre acele văduve lăsate în împrejurări nefericite cu o groază de relații, dar fără banii gheață. Personal nu prea mi-a plăcut, dar mie în general nu-mi plac persoanele cu miini albe și lungi.

— Domnule Curle?

— A, unul dintre acei bătrini aduși de spate, asemănători între ei. Nu părea entuziasmat decît de cărțile lui prăfuite.

— Și Jerry vecinul?

— Un băiat fermecător. Era logodit cu Sylvia, și întimplarea l-a făcut foarte nefericit.

— Nu înțeleg... începu miss Marple și se opri.

— Ce anume?

Nimic, dragă.

Sir Henry o privi nedumerit pe bătrînă, apoi spuse gînditor:

— Așa, cei doi tineri erau logodiți. De mult?

— De vreun an. Sir Ambrose s-a opus la început, pe motiv că Sylvia era prea tină. După o logodnă de un an a fost însă nevoit să renunțe și căsătoria trebuia să aibă loc curînd.

— Ah! Tinăra avea ceva zestre?

— Aproape nimic.

— E rîndul doctorului să pună o întrebare, spuse sir Henry.

— Am o curiozitate profesională, explică dr. Lloyd. Aș vrea să știu dacă gazda noastră își amintește la ce concluzie a ajuns ancheta medicală.

— Sigur că-mi amintesc. Diagnosticul a fost: otrăvire cu digitalină, parcă așa se numește?

Dr. Lloyd încuviință.

— Principiul activ al degetelului roșu — digitalis — acționează asupra inimii, fiind un foarte bun medicament în afecțiuni anumite. Cu toate acestea, cazul mi se pare straniu. N-ai fi crezut că mincinal unui preparat din degetel roșu poate fi fatal. Zvonurile despre frunze și ciuperci otrăvitoare sînt de multe ori exage-

rate. Multă lume nu știe că substanța activă trebuie extrasă și preparată cu multă grijă.

— În acest caz trebuie să continuăm cu investigarea crimei.

— Crimă? Sări Jane, surprinsă. Credeam că e vorba doar de un accident...

— Dacă ar fi fost un accident, continuă sir Henry cu blîndețe, d-na Bantry nu ne-ar fi spus povestea. Însă, după cite îmi dau seama numai în aparență este vorba de un accident, în spatele chestiunii fiind ceva sinistru.

Îmi amintesc un caz — diferite persoane la o petrecere stăteau de vorbă, după masa de seară. Pereții erau împodobiți cu tot felul de arme vechi. Și cu totul în glumă, cineva a luat un pistol din panoplie și s-a făcut că împușcă un bărbat. Pistolul era încărcat și, evident, joaca s-a soldat cu o victimă. A trebuit să descoperim în acest caz mai întîi cine încărcase pe ascuns pistolul, apoi cine condusese și direcționase în așa fel conversația încît s-a ajuns la această situație, pentru că omul care trăsește era complet nevinovat!

Despre același lucru mi se pare că e vorba și de data aceasta. Frunzele de digitalină au fost anume amestecate cu salvia. Dacă o excludem pe bucătăreasă — și o excludem, nu-i așa? — rămîne întrebarea: cine a cules frunzele și le-a adus în bucătărie?

— Asta e ușor de spus, răspuse d-na Bantry. Însăși Sylvia le-a cules și le-a adus în bucătărie. Era una dintre plăcerile ei să culeagă ierburile și frunze tinere de salată. Și cum „degetul roșu” creștea din abundență printre salvie într-un colț al grădinii, greșeala a părut cit se poate de naturală.

— Ești sigură că Sylvia le-a cules cu mina ei?

— Nu, dar așa s-a presupus. În orice caz știu că d-na Carpenter nu le-a cules căci ne-am plimbat împreună pe terasă în dimineața aceea. Era neobișnuit de frumos și de cald pentru începutul primăverii. Sylvia s-a dus singură în grădină, dar mai tîrziu am văzut-o și împreună cu Maud Wye.

— Deci erau bune prietene, nu-i așa? întrebă miss Marple.

— Da, afirmă d-na Bantry. Ar mai fi vrut să adauge ceva, dar n-o făcu.

— Stătea mult acolo? reveni miss Marple.

— Vreo două zile. În vocea d-nei Bantry se simțea o undă de tulburare.

— Nu-ți placea Maud Wye? întrebă sir Henry.

— Ba-mi placea. Tocmai asta este.

— Ne ascunzi ceva, d-na Bantry, întrebă sir Henry acuzător.

— M-am mirat pînă acum, spuse miss Marple, dar n-am zis nimic.

— De ce?

— Ai spus că tinerii erau logodiți, fapt ce a făcut întîmplarea și mai tristă. Dar...vocea ta nu era suficient

de convingătoare.

— Ce ființă teribilă ești! Întotdeauna îmi dai senzația că știu totul. Într-adevăr mă gîndeam la ceva, dar, oare, să spun sau să nu.

— Trebuie, interveni sir Henry, deoarece indiferent de scrupule nimic nu trebuie ascuns.

— Ei bine, iată despre ce este vorba. Chiar în seara dinaintea tragediei s-a întîmplat să ies pe terasă înainte de masă. Fereastră salonului era deschisă și, din întîmplare, l-am văzut pe Jerry Lorimer sărutînd-o pe Maud Wye. Nu mă încumet să mai adaug altceva. Totuși știu că sir Ambrose nu-l prea agrea pe tînărul Lorimer și mai sînt sigură că Maud îl iubea pe Jerry cu adevărat. S-o fi văzut cu ce ochi se uita la el... Mă gîndesc uneori că se potrivea chiar mai bine cu el decît Sylvia.

— Am să pun o întrebare, înaintea lui miss Marple, zise sir Henry. Vreau să știu dacă după tragedia Jerry Lorimer a luat-o pe Maud Wye de soție.

— Da, a luat-o. La șase luni după aceea.

— Oh, Șeherezado, Șeherezado, spuse sir Henry. Și cînd mă gîndesc cit de sec începuseși povestirea. Miss Marple, ce părere ai?

— Natura umană este plină de surprize, sir Henry. Totuși e ciudat cit de des oameni diferiți tind să acționeze exact la fel.

— Da, două femei și un bărbat. Eternul triumf. Se află oare cheia problemei noastre aici? Tare aș fi înclinat s-o cred.

Dr. Lloyd își drese glasul: Mă gîndeam... zise el destul de bînuitor. Apoi, deodată, spunea că ț-a fost și dumițale rău, d-nă Bantry?

— Ba bine că nu! Și lui Arthur, la toți ne-a fost!

— Tocmai asta este la toți, conchise doctorul. Înțelegeți ce vreau să spun? Oricine ar fi plănuit crima fie că avea o încredere oarbă în sansă, fie un nemaiîntîlnit dispreț față de viața oamenilor. Îmi vine greu să cred că poate exista cineva capabil să otrăvească opt oameni pentru a înlătura pe unul dintre ei.

— Înțeleg, zise sir Henry gînditor. Trebuia să ne fi gîndit la asta.

— Și nu se poate otrăvi și pe sine? întrebă Jane.

— Lipsa cineva de la masa de seară? completă miss Marple.

— Toți erau acolo.

— Mărturisesc că ipoteza ta mă îngrijorează, doctore, spuse sir Henry. Cum putem fi siguri că numai fata trebuia să ia doza fatală?

— Nu putem fi siguri. Dar dacă, la urma urmelor, nu fata trebuia să fie victima?

— Cum?

— În toate cazurile de otrăvire alimentară rezultatul este foarte nesigur. Mai mulți oameni împart un platou cu mîncare. Ce se întîmplă? Unul sau doi se simt rău; doi sau mai mulți sînt serios afectați; unul moare. Dar sînt și cazuri în care mai intervin și alți factori. Digitalina ac-

ționează asupra inimii și, așa cum v-am menționat, este chiar prescrisă pentru anumite afecțiuni. În casa aceea cineva suferea de inimă. Dacă el era victima dorită? Ceea ce n-ar fi fost fatal pentru ceilalți, pentru el ar fi fost fatal — sau cel puțin așa își închipuia criminalul. Faptul că lucrurile au luat o altă întorsătură se datorează tocmai efectului incert al medicamentelor asupra organismului de la un om la altul.

— Sir Ambrose, la el te referi, nu-i așa? Fata a murit în acest caz din greșeală...

— Cine l-a moștenit? întrebă Jane Helier.

— Iată o întrebare foarte uzuală în fosta mea meserie, spuse sir Henry.

— Sir Ambrose avea un băiat, preciză șoptit d-na Bantry. Se certaseră de multe ori și nu locuiau împreună. Băiatul era cam sălbatic, dar asta nu l-a putut determina pe tatăl său să-l dezmoștenească. Astfel că Martin Bercy a moștenit titlul și proprietatea. Mai era și o altă proprietate, pe care o lăsase Sylviei. Știu asta pentru că el a murit la numai un an de la tragica întâmplare și nu a făcut modificări testamentare în acest răstimp. Acea proprietate trebuie să fi revenit Crooanei sau fiului său, nu știu.

— Deci moartea lui ar fi avantajat numai pe un fiu care nu se afla acolo și pe pupila sa, care ea însăși a murit. Nu pare o pistă prea promițătoare.

— Celeilalte femei, doamnei Carpenter, nu i-a lăsat nimic? întrebă Jane.

— Nu era menționată în testament, răspuse d-na Bantry.

— Miss Marple, nu ești atentă de loc, interveni sir Henry. La ce te gindești?

— Mă gindeam la bătrînul Badger, chimistul, explică miss Marple. Avea o tinăra menajeră altă de tinăra că-i putea fi nepoată. N-a spus un cuvânt la nimeni și toți nepoții și nepoatele erau plini de speranțe. Dar cînd a murit, n-o să credeți, s-a descoperit că de doi ani era căsătorit cu menajera.

Se lăsă o scurtă tăcere, timp în care miss Marple suportă cu ochii ei albaștri, nevinovați și întrebători privirea întunecată a lui sir Henry. Jane Helier rupse tăcerea.

— Arăta bine d-na Carpenter? întrebă ea.

— Destul de bine, dar nu era o frumusețe.

— Avea o voce simpatcă, adăugă colonelul Bantry.

— Torcea, explică povestitoarea. Torcea tot timpul. Dar ar trebui să-mi spuneți concluziile dv., reveni ea după o scurtă tăcere, privind către sir Henry.

— S-ar putea să vorbesc destul de mult, afirmă acesta, pentru că lucrurile nu-mi sînt prea clare. Mai întii, sir Ambrose. Ei bine, nu cred că ar fi putut alege o cale de sinucidere altă de originală, iar pe de altă parte n-avea

nimic de cîștigat de pe urma morții pupilei sale. Atît cu sir Ambrose. Cît despre d-l Curle, n-avea nici un motiv s-o omoare pe fată. Îl absolv și de bănuiala că ar fi vrut să-l omoare pe sir Ambrose pentru a fura vreun document rar, căci asta s-ar fi observat imediat. Miss Wye — motive pentru moartea lui sir Ambrose, nici unul. Din povestire reiese însă că ar fi avut tot interesul s-o facă pe Sylvia să dispară. A fost și în grădină cu Sylvia în dimineața aceea, deci a avut prilejul să culegă frunzele. N-o putem absolvii ușor de bănuială. Tinărul Lorimer. Avea motive și într-un caz, și în celălalt. Totuși dacă dorea să se căsătorească cu cealaltă fată nu avea nevoie să recurgă la crimă. Ce este o logodnă desăcută în zilele noastre? Pe de altă parte, dacă sir Ambrose murea, ar fi luat de soție o fată bogată. În ceea ce-o privește pe d-na Carpenter, am oarecare bănuiele. Miinile acelea lungi și albe... în plus, nu-mi place că are un alibi referitor la culegerea frunzelor. Nu cred în alibiuri. Dintre toți, bănuiala cea mai grea cade asupra lui Maud Wye, după părerea mea.

— Următorul, spuse d-na Bantry, invitîndu-l pe dr. Lloyd.

— Cred că greșești, Clithering, afirmînd că moartea fetei a fost intenționată. Sînt sigur că ucigașul a vrut să-l înlăture pe sir Ambrose, iar pentru asta unul ca tinărul Lorimer nu avea destule informații. Mai cîrînd aș inclina s-o bănuie pe d-na Carpenter. Stătea de mult cu familia și putea s-o determine pe Sylvia să culegă frunzele. Chiar dumeata ai spus despre fată că era destul de prostituată. Motive însă nu prea găsesc. Mă pot hazarda să afirm că știa de existența unui testament mai vechi, în care fusese menționată.

Doamna Bantry arătă cu mîna către Jane Helier.

— Nu știu ce să spun, începu Jane. Poate doar de ce n-ar fi făcut-o însăși fata? Doar ea a adus frunzele în bucătărie. Ai afirmat că sir Ambrose se opunea căsătoriei ei. Dacă el murea, ea ar fi moștenit ceva avere și s-ar fi putut căsători imediat. Știa tot atîta despre sănătatea lui sir Ambrose cît știa și d-na Carpenter.

Arătătorul d-nei Bantry se îndreptă încet către miss Marple.

— Sir Henry a pus bine problema, începu ea. Destul de bine. Și dr. Lloyd a avut dreptate în ceea ce a spus, atîta doar că nu cred că și-a dat prea bine seama de un aspect al celor pe care le-a afirmat. Vedeți, necunoscîndu-l pe sir Ambrose, nu putea ști de ce fel de afecțiune a inimii suferea, nu-i așa?

— Nu înțeleg ce vreți să zici, miss Marple, ripostă dr. Lloyd.

— Nu poți fi sigur că sir Ambrose avea o afecțiune pentru care digitalina era contraindicată, nu-i așa? S-ar putea să fi fost chiar invers.

— Invers?

— Spuneai că este uneori recomandat și pentru tulburări ale inimii?

— Chiar și așa nu înțeleg unde vreți să ajungi, miss Marple.

— Ei bine, asta ar însemna că putea să aibă asupra lui, în modul cel mai firesc, un flacon cu digitalină. Ceea ce încerc să afirm (întotdeauna mă exprim greu) este că, presupunînd că vreți să otrăviți pe cineva cu o doză fatală de digitalină, cel mai simplu este să faci să se creadă că s-a otrăvit cu frunze. Nimeni n-ar bănuie nimic pentru că, așa cum a spus și dr. Lloyd, efectele otrăvirii alimentare sînt nesigure. Ucigașul ar fi putut să-i pună doza fatală în cocktail sau în cafea, explicîndu-i chiar că e vorba de un tonic.

— Vrei să spui că sir Ambrose și-a otrăvit pupila, fermecătoarea fată pe care o iubea atît de mult?

— Chiar așa, întări miss Marple. Un caz asemănător pînă la un punct cu cel al bătrînului Badger și al tinerei sale menajere. Să nu-mi spuneți că un bărbat de șaiseci de ani nu se poate îndrăgosti de o fată de douăzeci. Se întîmplă adesea, și nu vîd de ce un aristocrat ca sir Ambrose ar face excepție. Uneori asemenea sentimente sînt vecine cu nebunia. N-a putut suporta ideea căsătoriei — că-reia, dealtfel, i s-a opus din plin — și a cedat. Gelozia sa a devenit atît de mare încît a preferat s-o ucidă decît s-o lase să se mărite cu tinărul Lorimer. Pesemne că se gîndise mai de mult la această alternativă, de vreme ce într-un colț al grădinii sădise degețel roșu pentru salvie. Îl va fi cules chiar el, trimițînd-o însă pe ea cu el la bucătărie.

— Doamnă Bantry, întrebă sir Henry, e adevărat?

— Întocmai, răspuse aceasta, dînd din cap afirmativ. La început și eu am crezut că e vorba doar de un accident. Dar după moartea lui sir Ambrose am primit o scrisoare. Lăsase vorbă să mi se remită. În acea scrisoare îmi spunea tot adevărul. Nu știu de ce, dar noi ne înțelegeam foarte bine.

După o scurtă tăcere, urmă: „Veți afirma că am trădat o mărturisire strict confidențială, dar nu-i chiar așa. Am schimbat, de fapt, toate numele. Nu-l chema cu adevărat sir Ambrose Bercy. N-ați observat cît de surprins a fost la început Arthur cînd i-am pomenit de acest nume? Am schimbat totul, conform formulei. „Toate personajele din această povestire sînt pur imaginare“. Nu veți ști niciodată cine sînt cu adevărat.

**Traducere de
ȘT. NICULESCU MAIER**



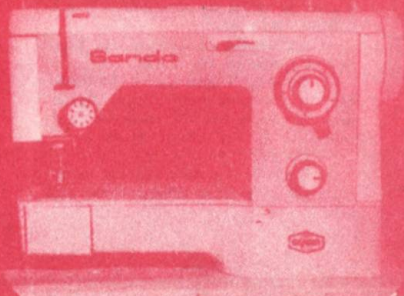
UN AJUTOR PREȚIOS
PENTRU TOATE GOSPODINELE

MAȘINA ELECTRICĂ DE CUSUT „SANDA“

Realizată la nivelul calitativ al produselor similare de pe plan mondial, mașina electrică de cusut „SANDA“ este o mașină automată pentru cusături decorative și utilitare.

Ea execută următoarele operațiuni: ● cusătură dreaptă (cu un ac sau cu un ac dublu) ● cusătură de zig-zag ● cusătură invizibilă (tiv invizibil) ● tiv îngust, mediu și lat ● tivirea și concomitent aplicarea dantelei ● cusătură cu rabaterea materialului ● cusătură paralelă cu marginea materialului ● coaserea înainte și înapoi ● coaserea nervurilor ● coaserea șnurului ● coaserea nasturilor ● butoniere (netede sau în relief) ● stopat ● vătuit ● surfilat ● broderie (inclusiv ochiuri) ● modele de broderie cu cusătură în zig-zag ● 16 modele de cusătură decorative (cu un ac sau cu un ac dublu) ● cusături utilitare, elastice (cu un ac sau cu ac dublu).

Mașina electrică de cusut „Sanda“ se poate cumpăra în magazinele și raioanele specializate ale comerțului de stat.





PREFERINȚE SPORTIVE

ANESTEZISTUL

Culcat balonul vrea să fie
La rugbi, prin anestezie.

BALNEOLOGUL

Dintre sporturi el nu scapă
Cele care sînt pe apă.

DERMATOLOGUL

Va merge, pînă va fi moș,
Numai la baschet, are coș.

RADIOLOGUL

Ar îndrăgi ciclistii, jură,
Dar nu au cameră... obscură.

CARDIOLOGUL

Îi place, spune-n conversație,
Orișice sport de circulație

V.D. POPA

REFLECȚII... LA STOMATOLOG

— Cu ce-i vinovată gura, că
stăpinul său este lacom!

— Dacă ar avea un pic de
minte, maseaua de minte n-ar „ră-
sări” ultima!

— Căria „blîndă” zgîrie rău!

Mihai MATEICIUC

ULTRA- ANECDOTE

LA BAIE

Un „hippy” intră la o baie
publică și spune cabinierului:

— Îmi prepari o baie ca
ultima dată cînd am fost aici...

Cabinierul îl privește cu
atenție și răspunde:

— Mă scuzați, eu nu sînt aici
decît de un an...

ÎNTRE EXTRATEREȘTRI

Ea: Ce vîrstă îmi dați?

El: Nu păreți să aveți mai
mult de douăzeci de
ani-lumină...

CONSOLARE

Aflînd că a murit medicul lui
curant, un scoțian șoptește
nevesti-si:

— Noroc că am uitat să-i
plătesc ultima vizită, că altfel
mi-ar fi părut tare rău acum!

Ion VULPESCU

REPLICI

— Arta culinară trebuie făcută
cu pasiune, dar servită cu...
rațiune!

— A întrebuițat mai multe
rețete de slăbit... și a reușit cu
cele de îngrașat!

— Își însușise cîteva
cunoștințe medicale... suficiente
ca să-l bage-n boale!

— În nevroză: bulinele trec...
conflictele rămîn!

— Cercetează-ți starea
fizică... și prin calitatea
gîndului!

Arcadie DONOS





Sora mamei soției fratelui mamei mele sau verișoara noastră din Vitan ne vizitează, de la o vreme, în fiecare zi. Și nu pentru că ne-ar iubi peste măsură, ci pentru că o doare capul. De îndată ce intră pe ușă zice:

- Ah, ce migrenă am! N-ai un bulin?
- Ce fel?
- Ceva de cap. Ce-o fi.

Iar eu, cum nu suport s-o văd suferind, mă duc la dulăpiorul de medicamente, deschid o cutiuță vernil, iau un bulin, apoi un pahar cu apă și i le servesc cu gesturi blinde, de infirmieră la serviciul de pediatrie. Verișoara din Vitan aruncă bulinul pe git, inghite apa cu capul răsturnat, ca o găină, și exclamă:

- Of, m-am liniștit. Parcă mi-a luat durerea cu mina!

Despre acest miraculos „ce-o fi” s-a dus vestea nu numai în rîndul neamului nostru destul de numeros, ci pretutindeni, prin toate locurile pe unde trecea vorbărețea noastră verișoară. Numele medicamentului nu l-a aflat însă niciodată pentru că, pur și simplu, nu i l-am spus.

— Să fii dumneata sănătoasă, am liniștit-o de îndată ce m-a întrebat, am destul așa că nu va fi niciodată nevoie să-l cauți.

Și n-a mai insistat. În schimb, vizitele ei au devenit din ce în ce mai insistente, adică zilnice, întră pe ușă, se lasă moale pe un scaun și murmură:

- Dă-mi un bulin, ce-o fi, îmi plesnește capul.

Și, după ce-l consumă, exclamă fericită:

- Mă simt minunat. Parcă mi-a luat durerea cu mina!

Din clipa în care am avut buna inspirație de-a o vindeca pe verișoara noastră de abuzul de medicamente și, implicit, de migrena ei imaginară, arată splendid, parcă a întinerit cu douăzeci de ani. Acest lucru mă bucură foarte mult, deși eu, după fiecare vizită, arăt ca în pragul unui infarct. Și asta pentru că sporovăile ei cotidiană, la orele cele mai nepotrivite, are efectul unei lovituri de ciocan dată în moalele capului.

Ieri am primit însă un telefon din Vitan. Era, firește, verișoara noastră:

— Dragă, mă atacă volubil, le-am vorbit doctorilor de la policlinică despre medicamentul tău. Vor neapărat să știe ce este, fiindcă pînă acum n-au reușit să mă lecuiască prin nimic. Cum se numește?

- Drageuri „Lux”.

— Au vreo formulă?

— Nici una. Sînt bomboane obișnuite, dar de calitate, care se servesc, la aterizare sau la decolare, pasagerilor din avion. Le am de cînd am fost la Cluj.

Mi-a trînit telefonul și, din clipa aceea, n-am mai văzut-o pe verișoara noastră. S-a supărat și pe cuvînt dacă știu de ce. Nu mi-a cerut ea să-i dau „ce-o fi”? În schimb am primit o grămadă de felicitări din partea doctorilor de la policlinică. Mi-au spus, și sînt mîndră de asta, că descoperirea mea în materie de farmacologie ar merita premiul Nobel. Și chiar așa și este. Conform tratamentului meu, toate policlinicile din lume pot să-și vadă de treabă, fără nici o durere de cap!

Rodica TOTT

CONSECVENȚĂ

Un coleg de birou
S-a decis să devină erou.
Adică, mai exact, a renunțat
La fumat
Pe motiv
Că tutunul e foarte nociv.
Fapt demonstrat cu prisosință
De nenumărați oameni de știință.

După eroica decizie
Colegul socotea cu precizie:
— „Zău, mă și minunez!
Am o zi de cînd nu mai fumez!”
Apoi, în fiecare dimineață,
C-un zîmbet angelic pe față,
Spunea, radios peste măsură:
— „Să știți că n-am mai pus țigară-n gură
De două zile...
De trei...
De patru...
De cinci...
De șase...
Doar cî-nu vrea nu poate să se lase!”

Efectul final
Este absolut colosal:
Colegul de birou,
Respectiv, vajnicul nostru erou,
Dealaltăieri... fumează din nou!
... De unde rezultă și
Morală:
Cei care țin riguros socoteala
De cînd au renunțat la un păcat
Îl vor mai comite - garantat!

Stelian FILIP

DISCUȚII POSIBILE

- Vă rog un bon pentru O.R.L.
- Nu mai avem
- Dar la oftalmologie?
- S-au terminat
- Atunci dați-mi unde aveți!

- Mă dor incheieturile, am junghiu!
- Asta e în legătură cu timpul...
- Precis!
- ... cu scurgerea timpului.
- Crezi?

- Veniți după 5 zile, nemîncată, și vă facem analizele prescrise.
- Să stau pînă atunci nemîncată?
- ?!?

- George, ai luat azi pastilele pentru memorie?
- Drept să-ți spun, nu-mi amintesc.

Degeaba zic unii că sînt alcoolici...
Nu beau niciodată alcool, eu beau țuică.

Petre CIOCLU

patruzeci de ani, ca să tușească în halul asta... înseamnă să fi fum-mat pe puțin cite două pachete pe zi timp de douăzeci de ani!

— Așa e, așa e, Mara.

Mara se nelinești: Of, cum o să-și petreacă fiul nostru noaptea asta? N-o să pot dormi... Cî-ne-o mai fi și prietenul asta al lui?

— Hai să ne culcăm. O să aflăm mîine, căscă Alipi.

Cei doi soți se lungiră în pat, însă tusea fumătorului îi ținu încă mult timp treji. Dimineața au pregătit un mic dejun și s-au pus pe așteptat.

Pe la ora nouă fiul își făcu apariția, zîmbind satisfăcut pînă la percuini. În spatele său privea iscoditor o fată cu părul lung.

— Mamă, tată, ea este Vania! spuse el cu mîndrie. Am adus-o noaptea asta la noi. Ne-am căsătorit!

Alipi și Mara vrură să spună ceva cuvenit în astfel de momente, dar, cîne știe de ce, din gura lor izbucni pe neașteptate o tuse răutăcioasă de tip laringian...

P. GONCOV (R.P. Bulgaria)
Traducere de Gh. SĂRAU

DIN PIPETĂ

Accident

După cîte s-a aflat,
După ce s-a cercetat,
S-ar fi electrocutat
Că era... „magnetizat“!

Distih

Cine cade de pe schele
Se alege cu sechele!

Exces

Și 60 ar fi fumat
Că așa era la modă!
Și acum a căpătat
O gastrită incomodă!

Antireumatică

Vine-aici de dimineața,
Primăvara, toamna, vara!
Parcă e mai dulce viața
După cura la Amara!

Georghe ZARAFU

Alipi Toncev se trezi din pricina unui zgomot episodic ce venea dinspre camera fiului său, Rosen. Treptat, treptat, urechea lui constată că era vorba de tuse grea de tip laringian. Da, la fiul său careva „își scuipă plămînii“, și de aceea își deșteptă soția:

— Mara, ia ascultă! Rosen are un musafir.

— Vai de mine! șopti Mara. Cine să fie?

— Vreun prieten de-al lui! zise soțul îngîndurat.

— Asta e un bărbat trecut de

m-am REPROFILAT

De-o lună și mai bine n-am pus țigara-n gură...

Am devenit deodată o altă creatură,
Mai izolată parcă, stîngeră-n astă lume,
În care greu rezistă un om să nu se-afume!

Adio cafeluța subțire, cu caimac,
La care pe-ndelete, colac peste colac,
Trăgeam dintr-o țigară c-o sete pătimașă,
Mai abitir ca turcii, mai tare ca un pașă.
Adio, o mulțime de alte ocupații
Ce parcă-s hărăzite, de zeci de generații,
Să n-aibă nici o noimă sau farmec... cum să spun...

Cînd nu sînt stimulate de-o doză de tutun!
O doză sau mai multe... depinde și de meci,
Căci la Rapid-Petrolul fumăm și 40!

Învăluți în ceață, cu capetele-n nori,
Mă-ntreabă azi, ironic, amicii fumători:
Ce s-a-ntîmplat stimate? Ce-a fost de te-ai lăsat?

Renunți, pe rînd, la toate? Faci cură de-ngrășat?

Fac cură, dragi prieteni, și m-am reprofilat,
Căci mă conserv mai bine așa... neafumat.

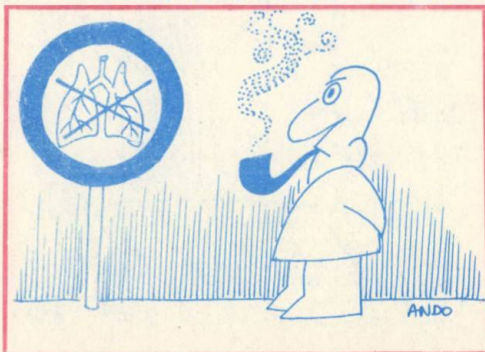
Barbu Alexandru EMANDI

MICII MONȘTRI

Cineva fără nici o milă mi-a deschis toracele. N-am văzut cine, doar că acum observ cum se mișcă bieții mei plămîni osteniți și cit de repede îmi bate oboșita mea inimă. Dar cum ar putea fi altfel? Ațiț plămînii cit și inima sint invadați de niște viermi scirboși, alb-cenușii, care, flămînziți, sorb din singele meu și numărul acestor mici monștri crește mereu. Mă doare îngrozitor, dar n-aș putea să-i gonesc...

M-am trezit complet transpirat. Toracele îl aveam închis, doar inima îmi bătea puternic. Am întins mina spre noptieră și am aprins lumina. În scrumieră era plin de viermi scirboși — alb-cenușii... M-am uitat mai atent la ei. Am respirat ușurat. Nu erau nici un fel de monștri, nici un vierme, ci doar capetele țigărilor pe care le-am fumat înainte de a adormi.

O. SLUȘNA (R.S. Cehoslovacă)
Traducere de Teodor CUTLIC



CÎTE DIN PUȚIN FIECARE

Sfat

— Tusești îngrozitor, să știi,
Că de mai tragi o pipă, mori,
— Nu pot să-l las, vorbești prostii
Eu l-am lăsat de zeci de ori!

Chirurgul șahist

Pe Mititelu-n campionat
Destul de greu l-ai operat...
Ce vei mai face, hai, vorbește,
Cînd Mititelu va mai crește?

La doctor

— Mă doare-ngrozitor piciorul stîng
Că mă abțin adesea să nu plîng.
— E vîrsta, nene, șaptezeci și-un pic...
Păi dreptul de ce nu că nu-i mai mic...

Ilie C. IANCU



SUPERSTIȚIE

Venind la spital, o bătrînă firavă
grăi către medic așa:

— Maică, sint tare bolnavă,
mă doare și ici, și colea.

Eu cred că mi-ar trece-al durerilor șir
de-aș tăia o găină — de pildă Moțata —
și-aș îngropa-o noaptea-n cimitir,
cum făcea și bunică-mea, biata.

Medicul — om de tot hazul —
răspunse, palpîndu-mi ficatul și splina:

— Trece, tușico, dar numai în cazul
cînd boala o are găina...

Andrei CIURUNGA

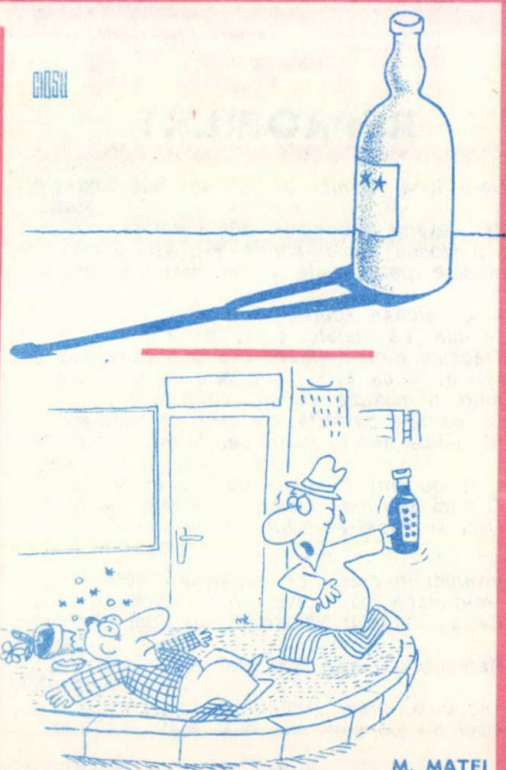
VARIAȚII PE ACEEAȘI TEMĂ



Nic. NICOLAESCU



ANDO



M. MATEI

(Acrostih, versurile:
1, 5, 9, 13, 17, 21, 25)

Baba este vrăjitoare,
De minuni e făcătoare,
Unii spun - din acest sai -
„Chiar pe dracul
I-a-nfărcat...”

Alții vîrtnici, de seama ei,
Iau cu toții leacul babei,
Și-i plătesc doar în natură,
Pentru orice... „făcătură”

Buruieni și rădăcini,
Frunze chiar și de ciulin,
Plante, nu de-alea din carte,
Bei fiertura, scapi de moarte!

A-nvățat ea multe leacuri
„De la moși-strămoși” -
din veacuri,
De-ai fi stat în pat, de boală,
Leac-descîntecul te scoală.

Are chiar și-un preparat
Pentru fiere și ficat,
O ciupercă... „Indiana”
Dă sirop și-ți vindecă rana.

Nu-i trebuie decît miere,
Vin și gata... bei putere,
Bei și parcă-nțînerești,
Bei siropul și... iubești!

Are dușman dispensarul,
Că-i reneagă mereu harul...
Asta iarnă, avînd gripă,
A chemat medicu-n pripă!

Naum SMARANDACHE

BAROMETRUL

— Doctore, o boală gravă
Mă tot sperie de-o vreme;
— Care-i partea cea bolnavă?
Spune o dată, nu te teme.

— Păi, cînd ploaia se străvede
Înnopînd întreaga zare,
Simt dureri, cum nici n-ai crede,
Mai cu seamă la picioare.

— Ești, amice, reumatic,
Lasă mutra bosumflată.
Am un hap ce sistematic
Te și vindecă pe dată.

— Mulțumesc, dar nu-mi convine
Doctore, pilula ala,
Căci de-o fi să mă fac bine
Nu mai știu cînd vine ploaia...

Teodor MARICARU



CONSULTAȚIE LA DOMICILIU

— Mulțumesc mult, doctore. M-ai liniștit...
— Și asta ce mai e?
— O nimica toată. Pentru consultație și pentru deranj. Nimic deosebit, o mică atenție, o hirtie de cinci ruble.
— A, nu, nu! Nu primesc.
— Cum, nu primiți?
— Așa! Nu primesc. Acesta este un bacșiș. Mie îmi ajunge un simplu „mulțumesc”.
— Dar nu-i nici un bacșiș. E, ca să zic așa, exprimarea materială a mulțumirii mele...
— Nu aveți de ce să vă exprimați astfel. Aceasta este munca mea și pentru ea eu sînt plătit.
— Hai s-o lăsăm baltă. Luați banii.
— Nu-i iau.
— Ei, drace! Vi se pare prea puțin?
— Nu, dimpotrivă!
— Ei, bine, poftim. Aveți zece ruble.
— Ce-i cu dumneata? Nu înțelegi?
— Cînsprezece!
— Am spus că nu primesc. Consultația intră în obligațiile mele profesionale.
— Ce obligații? Iei cînd ți se dă. Hai, la de-aici douăzeci de ruble și termină.
— Nu primesc.
— Rizi de mine? Mai mult nu dau!
— N-am nevoie de banii dumitale.
— Dar de ce ai nevoie, ha? De un coniac, de un kilogram de icre?
— Nu vreau nimic, lasă-mă să plec.
— Și, mă rog, ce ai vrea? Vrei o excursie în străinătate, un apartament?
— Ascultă, cetățene. Am mult de lucru, am de vizitat o grămadă de pacienți, sînt așteptat și nu primesc nimic, așa că...
— Nu primești nimic? Și mă rog, din ce trăiești? Și uite ce plinut ești! Din ce naiba te-ai îngrășat? Din leafă? Să fim serioși. Ce vrei să-ți dau? O barcă cu motor? De ce ai nevoie? Stai aici, clipește din ochi și zici că ești medic. Lacomule! Iei și ultima haină de pe om fără milă. Și mai ziceți că asistența medicală e gratuită! Spune o dată ce vrei? că m-ai înnebunit.
— Nu am nevoie de nimic. Și acum trebuie să plec.
— Îți dau o plecare de nu te vezi, insensibilule! Stai aici și faci pe grozavul: nu vreau nimic, nu-mi trebuie nimic! Și tot timpul te uști la ceasul meu. Ce? Ți s-a stricat? Uite, îți dau ceasul meu. Ieri i-am cumpărat. Avarule, ia-l și să nu te mai vad...
— Nu primesc nimic.
— Nu primești?
— Am spus că nu.
— Te pomenești că vrei o mașină?
— Nu.
— Te văd după ochi că îți trebuie. Afli că nu ți-o dau. Mai bine ia banii.
— Nu primesc.
— Chem miliția.
— Cheam-o!
— Te reclam.
— Reclamă-mă, reclamă-mă, dar lasă-mă să plec.
— Aha, mă insuși acum? profiți că sînt bolnav? Ai să răspunzi pentru asta, ciubucarule. Ți-am reținut numele. Auzi, ce hrăpăreț! Vrea o mașină. Se uită puțin în giul omului, scrie cîteva rînduri și, hopa, îl pretinde un automobil! Simt că mi se face rău! Doctorul! Să vină un doctor că mi-e rău!

Boris GURIEV (U.R.S.S.)
Traducere de Teodor CUTLIC

DE VIZITĂ

Horia ȘERBĂNESCU

Nu este adevărat că Juica te face să vezi dublu și să te simți singur! Do-ada este faptul că Filuță Cutcudache are o mulțime de prieteni care abia îl așteaptă la bufetul din colț, să ciocnească „una mică!” De ani de zile glumește și cere să-l audă toată lumea: „Băiete, dă-mi o „ciroză” mică! Și... nu se supără, dacă i se răspunde tot în glumă: „N-avem decât „ulcer” la trei sferturi!”... Până când, într-o zi de leafă, a căzut lat, cit era de lung! L-a luat Salvarea, l-a dus la Urgență și l-au operat imediat: Se perforase... ulcerul! Și dacă ar fi fost numai atât! Cinci ore s-au chinuit medicii să-l „repare” cit de cit! Pe urmă, două zile la reanimare, o săptămână de liniște la pat și... în sfârșit — vestea bună adusă de profesor:

— Eh, Filuță dragule... luni te las să te duci acasă! Ești bine, sănătos! Dar de-acum încolo trebuie să ai grijă: Fără băutură, fără tutun, fără eforturi și emoții! Ții regim alimentar și te ferești de supărări! Poți să dai telefon familiei să vină luni!

Cutcudache s-a bucurat și a sunat-o pe nevastă-sa:

— Mișo! M-am făcut bine, tu! Luni să vii să mă iei acasă! Spune-le și băieților să se bucur.

— Nu-mi vine să cred, Filuță dragă! Cit pe-aci să cred că ai murit!

— Cum așa? De ce?...?

— Păi, azi dimineață... l-am auzit pe un coleg de-al tău că te vorbea de bine!

Cutcudache simți un ghionț exact acolo unde-l operase! Dar... răspunse cu zîmbetul pe buze:

— Păi... la reanimare, le-am spus doctorilor că dacă mor le las creierul prin testament!

— Și... s-au bucurat?

— Da! Mi-au spus că orice lucru cit de mic... contează!

Și Filuță se porni pe ris ca în zilele lui bune. Dar... aducându-și aminte de sfaturile omului în halat alb, își spuse: „Fără eforturi! Fără emoții! Fără abuzuri!”... Închise telefonul și începu să numere orele pînă luni.

Vestea însănătoșirii lui Cutcudache se răspîndi ca fulgerul în tot cartierul, așa că și prietenii, și rudele au profitat că duminică e „zi de vizită” și au venit cu

mic, cu mare la Urgență! Unii cu flori, alții cu pachete, alții măcar cu... prezență!

— Bine că vii acasă, suflăte-lule, sări nevastă-sa, că a început copilul să pună întrebări de rușine!

— Ce voia să știe?

— Că... de ce te-am luat de bărbat?!

Cutcudache simți încă un ghionț la operație și-l trecură sudorile! Un amic — coleg bun de... bufet — scoase din buchetul de flori o sticlă cu „tărie”:

— Ia de bea, frate Cutcudache, că face bine la emoție!

— Păi... profesorul mi-a spus că...

— Lasă-l în pace! Ei cu ale lor, noi cu ale noastre! Ala de la Salvare n-o incurcase cînd ți-a luat pulsul? Se uita la ceas, se uita la tine, și ne-a spus chiar acolo la bufet: „Măi oameni buni... ori asta a murit, ori mie mi-a stat ceasul!” Ia de bea, că d-aia ți-am adus-o... să te întărească unde te tăiară! Și-i băga sticla pe gură! Gil... gil... gil...

cit ai zice „ulcer” începu să se învîrtească salonul cu Filuță, cu paturi... cu vizitatori cu tot! Mama Froa, văzîndu-l că și dă ochii peste cap, sări ca arsă:

— Se poate, oameni buni?!

Dacă îi dați „tărie” pe stomacul gol îl omoriți! Ia de colea Filuță două-trei chiflele prăjite că și pe răposatul taică-tău, tot așa l-am salvat!

— Păi... tovarășul profesor... hic... spunea să țin... hic... regim și să mă fereșc de... hic... de prăjeli și de emoții!

— Dacă ar fi să ne luăm după emoții, oftă nevastă-sa Mișo, ce să mai spună Vetuța, fii-ta, la 22 de ani ai ei?... Că d-aia nici n-a venit să te vadă!

— Aoleu, dar ce-a pățit?... — sări Cutcudache și de emoție simți că i se rupe ceva sub coaste!

— Ce să pățească! Stă cu captaplasma pe ten, la ochiul stîng! Tu nu știi cum e la „Cei-danșant”? A refuzat fata să tango-lească în figuri cu Romeo Păsat și atunci asta a... blamat-o și de mine și de tine! De mine, ca de mine — cite nu suportă o mamă, pînă-și vede fata măritată, dar de tine... ca părinte cu ulcerul perforat de atîtea găuri nu se făcea să zică ce-a zis!

— Ce-a zis? Spune ce-a zis, n-aiuzi!? Că-l omor... de-l „pune în copii” toată chirurgia din București!

— A spus să... Dar Filuță, nu mai vedea și nu mai auzea nimic! I se făcu cald, cald de tot. Mai apucă să se gîndească... ce rușine e să leșini, tocmai în „zi de vizită”. Apoi făcu un gest larg și apăsă pe sonerie să cheme sora! A venit în goană, i-a dat pe toți afară și a chemat medicul de gardă: „Veniți repede că i-e rău lui Cutcudache!!!”

— De ce să-i fie rău? Știam că luni pleacă acasă! Ia să-l văd! Îi numără pulsul, îi desfăcu o pleoapă și hotărî fără ezitare:

— Nu mai pleacă acasă!

— Dar... unde pleacă, tovarășe doctor?

— La... reanimare!!!



3 PASTILE

BĂI DE NĂMOL

Vilegiaturistul: Tovarăşe doctor, ce părere aveţi: dacă m-aş unge cu nămol de două ori pe zi. Ştiţi, sint în concediu de odihnă şi aş vrea să profit...

Medicul: Cred că aţi intra din concediu de odihnă direct în concediu medical.

PE STRADĂ

Un amic: Doctore, ce bine îmi pare că te întîlesc... Ştii, aş dori un consult...

Medicul: Cu plăcere! Dezbracă-te!

RECOMANDARE

—Tovarăşe doctor, ce-mi recomandaţi pentru insolaţie?

—Staţi trei ore în soare, cu capul descoperit şi o luaţi.

Aristide MIRCEA

DUPĂ ÎNTREBARE... ŞI RĂSPUNS!

T.T. - Buzău. Am primit scrisoarea dv. cu cele peste 350 de întrebări şi răspunzîndu-vă, conform dorinţei dv. la cîte 5 întrebări lunar şi în paginile revistei înseamnă că... în următorii 6 ani vă vom satisface rugămintea!

L.C. - Cheajna. Pentru combaterea celulei nu era indicat să vă însuşiţi cinci mii de lei din gestiunea bufetului... că tot nu aţi scăpat de ea!

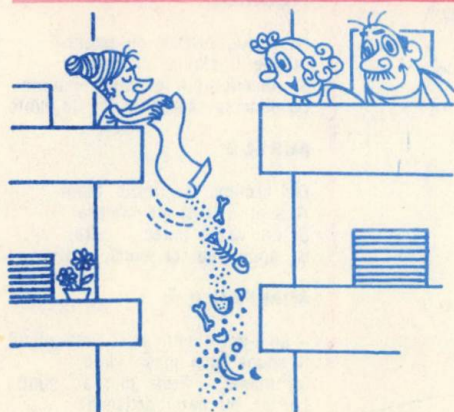
C.R. - Focşani. Impotriva tulburărilor de echilibru şi a ameţelii vă recomand să nu mai abuzaţi de băuturi alcoolice... pe motiv că ele conţin vitamine şi săruri minerale!

C.B.C. - Cluj-Napoca. Se pot realiza operaţii chirurgicale fără anestezie? Desigur! Dar cu condiţia ca medicul chirurg... să-şi pună vată în urechi!

Un elev din Giurgiu. Nota trei obţinută la anatomie nu poate declanşa un icter. Dar fiţi sigur că o corijenţă, da!

Aristide MIRCEA

— M-am lămurit ce-au mîncat vecinii astăzi!...



Nic. NICOLAESCU



— Fir-ar să fie, am scăpat dîştele.

LA MASA DE REVELION

Anestezistul: Toţi musafirii sint ca adormiţi!

Balneologul: Şi aici apă minerală?

Cardiologul: Pe toată banda asta nici un cîntec de inimă!

Chirurgul: Cînd se aduce curcanul eu îl tai!

Dermatologul: Au venit toţi în păr!

Mamoşul: S-a născut şi '83!

Oculistul: Barem de-ar umple farfuriile ochi!

O.R.L.-istul: N-am văzut piftie de porc fără urechi!

Ortopedul: Vinul ăsta mi s-a lăsat în picioare!

Pediatru: Ce-mi fac la ora asta copii?

V.D. POPA



M. OPROIU

CAȘETE

- E unș cu toate alifiile, în afară de alifia conștiinței la care face alergie.
- Chiulangiul ca să facă și el ceva, face... colesterol.
- Proteza dentară nu-l împiedică să-și arate... colții.
- Insomnia poate fi înlăturată numărînd în gînd începînd cu: un extraveral, două extraverale; un na-

pton, două napotoane; un diazepam, două diazepame; ș.a.m.d.

• Din punct de vedere biologic timpul ne omoară pe noi, dar mai sînt unii care reușesc a omori ei timpul.

• Unii pacienți au impresia că medicul poate înghiți orice... pastilă.

• Are o sută de kilograme și totuși e... slab la matematică.

• Sănătatea pierdută nu o putem găsi la obiecte pierdute.

• Din tot ce i-a prescris medicul cel mai mult i-au plăcut plimbările la brațul asistentei medicale.

• Bolnavul care nu se vaită are nevoie de certificat medical.

• S-a îmbolnăvit fiindcă a mâncat cînd nu i-a fost foame și a băut cînd nu i-a fost sete.

• Medicul l-a lecutit de nervi, sora însă l-a îmbolnăvit de inimă.

• Citind prospectul medicamentului mai mult i-au plăcut contraindicațiile decît indicațiile.

• După ce bolnavul a fost vizitat de familia sa compusă din 14 persoane, medicul l-a trimis urgent la reanimare.

Ion NEGREANU

ORIȘNUINTE



MICROREȚETE

— Doctore, îmi cade părul. Nu știți cum să-l păstrez?
— Ba da! Într-o cutie de carton.

— Spune-mi, doctore, ce exerciții să fac ca să slăbesc?

— Să miști capul de la dreapta la stînga.

— De cîte ori?

— De cîte ori ți se oferă ceva de mâncare.

— De cînd aveți această astenie de primăvară?

— Din toamna anului trecut.

Cornel TABACU

ZEAMĂ DE STRUGURI

NEOMUL

Neomului, prieten cu paharul,
Stihiele îi clatină cîntarul
Și nimeni nu-l îndreaptă înainte
Ca pîntecul să-și bată joc de minte.

MIRELE

Din tîmiiș de Dealul Mare
A supt o sută de pahare
Și l-a văzut mireasa criță.
Își spune ea: ce bună viță!

MINIFABULĂ

— Eu i-am cinstit să-și facă plinul,
Îi spune unei mese vinul;
Iar masa: — Peste plin au supt;
Le fac eu patul dedesubt.

Francisc GAVRILEȚ



MINIATURI

CLĂTITELE

O femeie între două virste, elegantă și încă drăguță, se prezintă la un medic psihiatru.

— Doctore, bărbatul meu crede că sint nebună pentru că îmi plac clătitele. Te rog să-ți dai părerea. Nebun este el, care mă acuză pe nedrept, care mă insultă!

Medicul, ocupat cu niște dosare, o scrutează pe furis. În afară de un nu știu ce în ochi, de o lucire cam stranie, cam rășăcită, înfățișarea ei e a unei femei normale.

— Stimată tovarășă, îi vorbește el prietenos, eu nu văd nimic maladiv în slăbiciunea dv. Clătitele sint un articol culinar plin de savoare. Sincer fiind, și mie îmi plac foarte mult!

Ea exclamă, exuberantă:

— O, ce bine! Vino la mine doctore! Sint pline de clătite și dulapurile, și șifonierele, și sertarele...

INSOMNIE

Marin Culcer, socotitor la un C.A.P., surmenat de-atâtea calcule și evidențe, se înfățișează la dispensar cu ochii înroșiți, plângându-se de insomnie.

— Tovarășe doctor, dați-mi ceva ca să dorm!

Medicul completează o rețetă și i-o întinde:

— Poftim. Ai pentru trei săptămîni.

— O, la, la! exclamă Marian. Prea mult! Ce naiba, nu vreau să dorm atîta timp...

Ionel BANDRABUR

DOUĂ SFATURI

Nu mai fuma! Tutunul te omoară!

Otravă-i chiar și-o singură țigară.

Stai jos un pic să-ți întocmesc rețeta

Și dă-mi un foc, că nu-mi găsesc bricheta!

Să mă las de băutură?

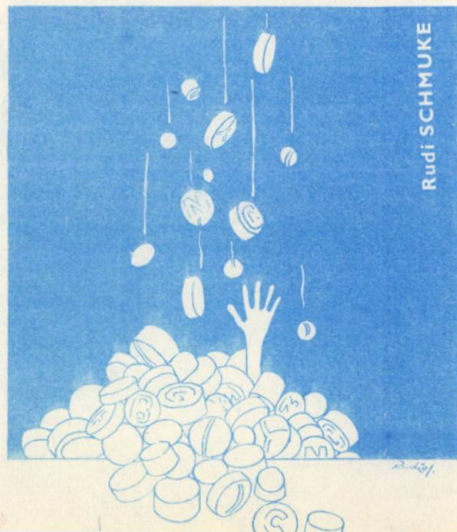
Mulțumesc de-nvățătură!

Nici nu știți cît m-a costat

Pînă cînd m-am învățat!

Mirel GABOR

AUTOMEDICAȚIE!



Rudi SCHMUKE

BĂRBAȚII PE CARE I-AM CUNOScut...



Manfred a fost primul. Niciodată nu i-am spus asta. Dacă a observat! Nu știu. Știu doar ce am simțit cînd am stat față în față. Inima îmi bătea puternic. Prin cap mi-au trecut mii de gânduri. Bucuria că, în sfîrșit, pot demonstra cunoștințele mele. Teama că ar putea observa nesiguranța mea. Teama! Tot speriată m-am întîlnit cu al doilea, al treilea... cu timpul m-a cuprins satisfacția că am reușit să depășesc frica. Am devenit mai abilă, mai iscusită, mai bogată în idei. Totul a început să-mi meargă ca la carte. Din oră în oră am dobîndit mai multă rutină. Azi, de majoritatea lor îmi amintesc foarte vag, iar de alții nici nu-mi mai amintesc. Am făcut ce trebuia să fac. Uitatea e un lucru normal. În definitiv totul se repetă. Bărbații cu toții sint la fel. Foarte rar pot să-ți faci o părere la prima vedere, dar după cîteva minute știi să-i clasifici.

În prima grupă îi încadrez pe aceia care sint mai accesibili, se supun și te lasă să faci cu ei ce vrei cînd le așezi capul pe pernă. Alții care nu doresc nimic, dar nici nu refuză nimic. Mulți sint plăcuți, deși ei nu-și dau seama.

Toată puterea și nervii de oțel sint necesari pentru cei din a doua categorie. Aceștia nu știu cum să se comporte în fața unei femei. Ei cred că femeia e ca o mașină, fără nici un sentiment, o ființă care nu vede și nu înțelege.

În schimb îmi plac tinerii, cei ce fac pe eroii care puțin timp înaintea miezului nopții vor să mai bea sau cer de mîncare, sau ard cite o gaură în cearșaful patului, căci în nici o situație ei de țigară nu se pot despărți. În mod frecvent pot fi găsiți jos lingă pat, cu o expresie de surpriză pe față, că arcurile patului au cedat sub greutatea lor. Aceștia trebuie să mai învețe mult, dar sint băieți simpatici.

Mai puțin plăcuți sint bărbații care își desartă inima, amintindu-și și vremea copilăriei lor, a tinereții, dragostele lor din tinerețe și păcatele făcute. Își blestemă șefii, își birfesc colegii și ce este mai grav în fiecare femeie își caută mămica! Am văzut oameni, personalități cit de mici au devenit de dată ce m-au băgat în seamă. Romanticii boemi, cei ce cred că pot îndrepta omenirea, dușmanii omenirii. Bărbați care împreună cu Oscar Wilde au spus: — „Păcatul este unica pată viu colorată în lumea modernă!”

Unul din ei m-a întrebat dacă n-aș vrea să-mi părăsesc ocupația și să mă mărit cu el. De ce nu! Dar să renunț la profesiunea mea? Aceasta nu! Profesiunea de soră medicală mi-e foarte dragă!

Katharina SCHULZ (R. F. Germania)
Traducere de Teodor CUTLIC

MIC TRATAT PSEUDO-ȘTIINȚIFIC



După gimnastica de dimineață, mersul pe jos și bătutul covoarelor, cel mai sigur și mai ușor mod de a face pe plac celor care ne recomandă mișcare în aer liber (în special medicii) sînt excursiile.

Și pentru că de obicei ni se vorbește despre aspectele ei medicale, ne-am propus ca, în cele ce urmează, să vă prezentăm laturile științifice și practice ale acestei activități util-recreative.

Mai întîi am vrea să stabilim o definiție a fenomenului.

În mod firesc circulă mai multe definiții. Și, cum se va vedea, ele sînt determinate, în mare măsură, de caracterul celor care le-au lansat.

Astfel, după unii, excursiile ar fi... „efectuarea, de plăcere, a unor deplasări pe care, în alte împrejurări, le-ai face de nevoie” (definiție trădînd un caracter cam blazat).

După alții, excursiile ar fi... „odihna la care visezi în timp ce obosești bătînd cărările” (definiție lipsită de entuziasm; e oarecum înrudită cu prima).

După unele caractere mai nostalgice, excursiile sînt... „posibilitatea de a vedea cu ochii tăi, acum, la maturitate, de ce ai luat un «zece» sau un «trei» la geografie, cînd erai mic”.

Altul susținea că „excursiile sînt calea prin care natura ți se recomandă singură, fără intermediari” (definiție reală, dar cu un caracter oarecum comercial).

Un jurist a stabilit că... „excursia reprezintă condamnarea la mișcare a nemișcării” (caracter realist, dar cam juridic).

În sfîrșit, o tinăra cochetă a fost de părere că „excursiile sînt prilejul de a face cunoștințe noi în locuri vechi” (definiție, cum ar spune unii, lipsită de caracter).

Odată stabilită latura teoretică, să trecem la cea practică.

Ei bine, cel mai practic lucru înainte de a ataca un traseu oarecare este să ne facem rost de un sfătuitor, ales dintre cei cu activitatea turistică cea mai bogată.

Nu trebuie să ne indispuină faptul că nici în privința asta ei nu strălucesc printr-o deplină unanimitate de vederi. N-avem decît să legăm sugestiile lor, cap la cap, formînd un tot unitar: „la-ți două pulovere că seara e frig, nu lua pulovăr că te topești de căldură, ia fiș, ia umbrelă că pe-acolo plouă de două ori pe zi, nu lua fiș, nu lua umbrelă că n-a mai plouat pe acolo de patru luni, nu te căra cu veselă, căci romantic e să mînci «la hirtie», ia furturii, ia tacimuri, ia aragazul de voiaj că nu te duci ca un primitiv etc. etc.”, arta noastră constînd în a-i asculta pe toți.

CULMI

CULMEA VACCINĂRII: Să vaccinezi brațele Dunării.

CULMEA ÎNDEMÎNĂRII: Să bandajezi capul... Bunei Speranțe.

CULMEA CAPACITĂȚII MEDICULUI: Să îngrijească un creion cu o „mină” rea.

CULMEA UNUI MEDIC STOMATOLOG: Să plombeze o... gură de canal.

CULMEA FRICII: Să te murdărești cu vopsea galbenă și să te internezi pe motiv că suferi de gălbînare.

CULMEA PRICEPERII: Să tratezi piciorul unui pod de... reumatism.

A.C. DRAGODAN



• Și fiindcă a venit vorba, gustările „la pachet”, contribuie la farmecul excursiei. Le putem confunda, cum fac și alții, cu excursia însăși. Doar se cunosc cazuri când amintirile și impresiile turistice ale unora sună cam așa:

- Cel mai mult mi-au plăcut chiftelutele de la km 18.

- Aș! Nu se compară cu plăcintele de la km 36.

- Dar de peisajul de la Posada ce spui?

- Excelent! Mai ales că era cu boia!

- ?!?!?

- Știi, tocmai acolo venise rindul puilului pregătit la cup-tor.

Odată ajunși undeva, într-o stațiune montană, avem de ales între drumeții la Piatra Arsă, Piatra Craiului sau Pietrele Doamnei, și un remy cu pietre, la clubul stațiunii.

Iar dacă soția sau alt însoțitor (însoțitoare) după patru-cinci ore de joc vrea la aer, ca să vadă frumusețile naturii, îi putem spune: „Nu-i nevoie, mamă. Uite aici ce frumusețe de pietre. Crezi că pe munte mi-ar veni așa ceva?”...

Totuși un subcapitol al excursiei îl formează ascensiunile. Adică urcușul pe munte, ca să constatăm, de acolo, de sus, ce frumos se vede aici, jos. La asta, tehnica excursiilor ne pune la îndemână două variante: ori urcăm, într-adevăr, până sus, ori spunem: „Dacă aici, jos, e atât de frumos, de ce să mai urcăm până acolo, sus?”

Cît privește excursiile din sezonul rece, tehnica este identică. Se adaugă doar echipamentul și elementele adecvate: o pereche de schiuri (eventual închiriată) pe care s-o purtăm toată ziua pe umeri, pe șosea, pînă captăm admirația tuturor și, pentru seara, o cabană cu televizor la care să putem urmări, din fotoliu, obișnuitele transmisii de la sporturile de iarnă.

În încheiere, o precizare: dacă avem ghinionul să-l întîlnim, într-una din astfel de excursii, pe autorul rîndurilor de față, va trebui să anulăm imediat tot ce ne-a recomandat mai sus. Altfel riscăm să ne strige, în auzul și văzul tuturor:

- Cum, stimabile, dumneata nu știi de glumă?...

Fred FIREA

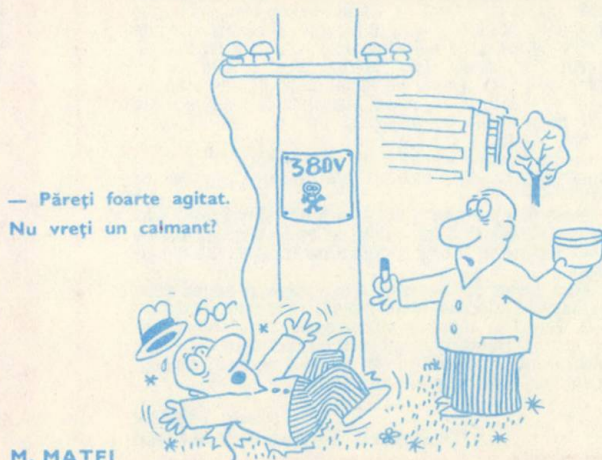


Viorel SANDU

GUIE MEDICALE

- Cum, bea alcool dimineața și nu-ți doare capul?
- Asta ar mai lipsi, îl supără ficatul!
- De ce iei antinevralgice, te doare ceva?
- Fac o cură preventivă!...
- De ce nu-ți tai unghiile copilului?...
- Asta-i bună, să n-aibă cu ce mă mai scărpină pe spinare?!...
- Ei, de-acum puilul mamei, cum ai s-o ascuți tu pe bu-nica?
- Uite-așa cu stetoscopul!...
- De cînd a venit soacra la tine nu mai bei deloc, Costică!
- Asta ar mai lipsi, s-o vîd și-n dublu exemplar!...
- Vă place întotdeauna ce scriu eu?
- Da, pentru că doctorul mi-a recomandat să mă amuz de orice!...

Ion GH. ARCUDEANU



— Păreți foarte agitat.
Nu vreți un calmant?

M. MATEI



DESPRE FUMAT ȘI BĂUT

Am descoperit rindurile ce urmează într-un ziar din Sandwich Island, primit de la un prieten din acel ținut îndepărtat, de liniște și pace. Coincidența dintre propria mea experiență și cea înfățișată mai jos de către răposatul Mr. Benton este atât de extraordinară încât nu mă pot opri să nu public și să nu comentez paragraful cu pricina. Iată ce spune ziarul din Sandwich Island: „Cît de îndușător este omagiul adus de răposatul T. H. Benton influenței mamei sale: Mama m-a rugat să nu mă ating niciodată de tutun; și nu m-am atins niciodată de atunci și pînă în ziua de azi. M-a rugat să nu joc cărți, și nu am jucat niciodată. Nici nu știu cine pierde și cine cîștigă. M-a sfătuit, de asemenea, să nu consum alcool. Întreaga mea capacitate de a rezista greutăților vieții, și de a fi util societății o datorez respectării întocmai a dorințelor ei virtuozose. Cînd aveam șapte ani mama m-a rugat să nu mă ating de băutură și atunci m-am hotărît să fac abținerea totală; faptul că nu m-am abătut de la această hotărîre tot restul vieții îl datorez mamei sale”.

Niciodată n-am văzut ceva mai curios. Este aproape rezumatul exact al evoluției mele morale - înlocuind doar mama cu bunica. O, cît de bine mi-aduc aminte de momentul în care bunica m-a rugat să nu mă ating de tutun, sărmana de ea! Mi-a spus: „Iar te-ai apucat de fumat, derbedeule! Dacă te mai prind o dată că pui mina pe țigară înainte de micul dejun îți trag o bătaie soră cu moartea!” Nu m-am mai atins de tutun la o oră atît de matinală de atunci și pînă în ziua de azi.

M-a rugat să nu joc cărți. Mi-a șoptit la ureche: „Arunca nenorocitele alea de cărți imediat! Plusezi cu două perechi cînd celălalt are culoare, cap sec ce ești?”

N-am mai jucat cărți din ziua aceea și pînă azi - nici măcar o singură dată - fără un as în minecă. Nici nu știu cine pierde și cine cîștigă atunci cînd nu fac eu cărțile...

Cînd aveam doi ani bunica m-a rugat să nu mă ating de băutură și atunci m-am hotărît să fac abținerea totală. Faptul că nu m-am abătut de la această hotărîre și că m-am bucurat de efectele ei binefăcătoare tot restul vieții îl datorez bunicii mele. Din ziua aceea și pînă azi n-am mai pus în gură nici un strop de apă.

Mark TWAIN
Traducere de Petru IAMANDI

TRATAMENT...

Cu nasul roșu, ofilit,
Pare demult îmbătrînit.
De-o vreme-ncoace, cum s-ar spune,
El simte-o mare slăbiciune.
N-are nici poftă de mîncare.
Și nici de lucru, poftă n-are.
La prînz el nu ia mai nimic:
I-ajunge țite-un mizilic
Stropit din plin de-un pivnicer,
De la bufetul din cartier,
Și nu demult i s-a-ntîmplat
Un accident neașteptat;
Căzuse chiar în fața porții
Și se dădea de ceasul morții,
Dacă un doctor nu vedea.
Și doctorul i-a spus așa:
„Să faci de patru ori pe zi
Tot ce-o să-ți recomand aci:
Îți trebuie de prima dată,
O viață foarte regulată.
Apoi să faci, ascultă bine,
Un tratament cu vitamine
Deci, spre a cîștiga putere
la zilnic drojdie de bere.”
De cînd pe vraci l-a consultat
Nu se mai ține de scandaluri,
Și-atunci cînd intră în localuri
În mod extrem de regulat
(Așa cum l-a recomandat)
De patru ori pe zi el cere
O drojdie și-apoi o bere.

Victor HILMU



CIOSU



— Iată ce înseamnă voință! Am ajuns să fumez o singură țigară pe zi.

REFLECȚII

● Coccoșa e morbul lui Pott. Invidia e morbul lui „nu pot”.

● Cel mai trist cîntec de pahar pentru bețiv e: „Hai acasă, pușor!”

● Am pierdut mult timp din viață din cauza mea. Acum, cînd am ajuns să prețuiesc timpul, îl pierd din cauza altora.

● Și prostul spune cîteodată despre sine: „Am fost un prost”, dar niciodată: „Sînt prost”.

● Linguşeala alunecă în stomac, în timp ce critica rămîne în gît: de unde și expresiile: „Nu mă are la stomac” sau „îl stau în gît”.

E bine să trăiești în plus, dar să nu fii „în plus”.

Nicolae GHÎTESCU



Radu CLEȚIU

CATRENE

Leac turistic

Cînd simt puterile-mi mai slabe
Și astenia vreau s-o mpiedic,
Eu leacul nu-l găsesc la medic
Ci, mai curînd, mergînd la BABE.

Idilă farmaceutică

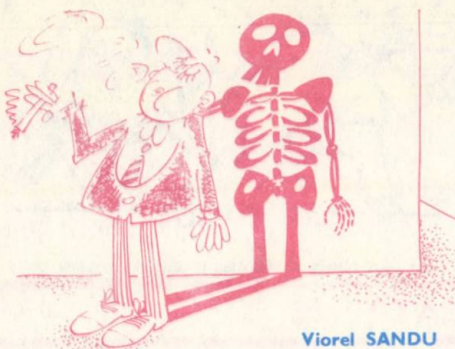
PIRAMIDON, un drog ce-alină,
Din ramura lui Aesculap
S-a-ndrăgostit de-o ASPIRINĂ
Și are-acum... dureri de cap.

Alexandru CLENCIU

LA MATERNITATE

El: Bombonicol!...
Ea: Daa!... (scoînd capul pe fereastră)
El: Unde ești, că nu te văd?
Ea: Păi, cum o să mă vezi dacă e miez de noapte? De ce nu te duci acasă să te culci?
El: Păi, cum o să mă culc dacă tu mi-ai făcut băiat?
Te-a căutat soră-ta!
Ea: Care soră?
El: Aia de-acasă! A zis că ți-o fi greu să naști și dac-o fi nevoie să vină ea, să...
Ea: Aha. Dar să știi că eu n-am nici o soră!
El: Știi că nu-mi place să mă contrazici și să-mi ieși din cuvînt. Tu ce mai faci?
Ea: Bine. Dar tu?
El: Și eu. Te-ai făcut bine?
Ea: Da' ce-am fost bolnavă?
El: Atunci de ce ești la spital?
Ea: Ca să nasc.
El: Aha, cum îl cheamă pe băiat?
Ea: Bombonel.
El: Aha. Eu din ziua în care l-ai adus tu pe lume, pe Bombonel, n-am mai fost deloc pe-acasă, de bucurie!
Ea: Dar cine ești tu?
El: Sogul tău, dragă.
Ea: Aha! Am bănuț eu...
El: A venit și Gică, de la Olănești, frate-tău.
Ea: Eu sînt singură la părinți. De la Olănești era cea-laltă Bombonică, de la salonul doi, care-a născut fetița și pe bărbatu-său îl chema Trică.
El: Ca pe mine. Cheam-o încoace, dacă așa stau lucrurile, că înseamnă că eu sînt, și n-a ieșit la geam și nici nu mi-a făcut băiat. I-arăt eu ei!
Ea: Nu se poate!
El: Păi de ce?
Ea: Pentru că i-a dat drumul acasă, demult!
El: Daa? Și cum de n-am observat-o eu? Nu se poate, am greșit spitalul!

Mariana PLEȘA



Viorel SANDU

Sînt în Cîsmigiu pe o bancă, admir frumuseţea sălciilor care se oglindesc în apa verde a lacului şi respir cu nesaţ aerul curat şi răcoros. În stînga mea stă un bărbat între două vîrste. Un altul, cam din aceeaşi generaţie, vine pe alee şi i se aşază alături. După un răstimp de tăcere, insul din stînga mea intră în vorbă cu celălalt.

— Eu nu-i înţeleg pe medici, zice el. Nu obosesc dîndu-ne mereu sfaturi să ne lăsăm de fumat. Nu există doctor care să nu bage spaima în noi avertizîndu-ne că tutunul poate provoca boli grave care scurtează viaţa. Şi totuşi, după cite ştiu, fumatul are şi părţile lui bune.

— Care părţi bune? spune celălalt, amărit. Eu tuşesc în fiecare zi ca un trombon. Asta numeşti dumneata „părţi bune“?

— Dar dacă-ţi aprinzi o ţigară, îţi trece tusea, nu-i aşa?

— Pe moment. Numai că, pe urmă, încep din nou să tuşesc, mai abilit. Uneori nici nu pot dormi noaptea din pricina tusei. Asta mă enervează.

— Şi ce faci? Aşa e că te scoli din pat şi începi să fumezi? Fumatul te calmează.

— Mă „calmează“ atît de bine încît mă plimb prin casă ca un tigru în cuşcă.

— Dumneata nu vrei să recunoşti că tutunul are şi unele însuşiri. De exemplu, cînd ai de lucru, ţigările te ajută să lucrezi mai cu spor.

— Nu ştiu dacă lucrez mai cu spor cînd fumez, dar ştiu sigur că fumez mai cu spor cînd lucrez. După aceea îmi vijile capul ca o morişcă, am ameţeli...

Vecinul meu din stînga face o pauză, căutînd parcă noi argumente, apoi continuă:

— Şi mai e ceva despre care medicii nu vorbesc niciodată: frumuseţea fumului de ţigară. L-ai văzut cum se ridică lin şi elegant, în volute albastre, transparente? Ca să nu mai vorbim despre forma este-

PĂRȚILE BUNE ALE FUMATULUI

tică, vapoasă a colacilor de fum. Dumneata ştii să faci colaci cînd fumezi?

— Ştiu, pe naiba! La mine acasă pereţii sînt afumaţi, perdelele şi hainele sînt imbecsite de miros de tutun, iar covorul e veşnic murdar de scrum.

— Scrumul de ţigară, dacă îl colectezi, e bun la curăţatul tacimurilor, nu ştii? Şi, dacă te gîndeşti bine, fumatul mai are încă o calitate: îi apropie pe oameni.

— Cum adică?

— Păi n-ai văzut la spital cîţi tuşitori cu bronşite cronice se întîlnesc?

— Asta cam aşa este!

— Ce ţigări fumezi?

— Snagov superlong.

— E o ţigară bună, are aromă, nu-i aşa?

— Da. Nu vrei una? Şi-i întinde pachetul.

— Nu, mulţumesc.

— Atunci dă-mi, te rog, un foc. Mi-am uitat bricheta acasă.

— N-am brichetă, nici chibrituri. Şi te-aş ruga să nu-ţi aprinzi ţigara. Nu suport fumul.

— Cum? Dumneata nu fumezi?

— Eu! N-am pus o ţigară în gură în viaţa mea. Ce, sînt nebun?

— Atunci de unde ştii dumneata atîtea despre părţile bune ale fumatului?

— De la un fost prieten de-al meu.

— Fost? Nu cumva te-ai certat cu el din pricina fumatului?

— Acum nu-i mai port nici o supărare, că nu se cuvine. De la ţigară i s-a tras, săracul!...

Veronica BERTOLI

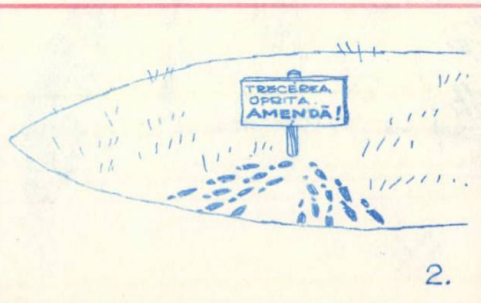
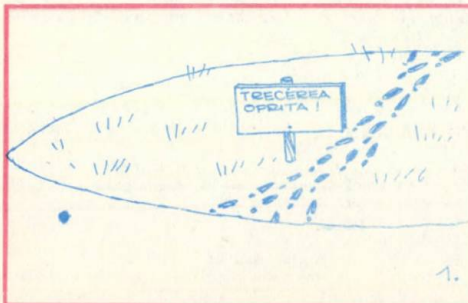
LA CONSULTAȚIE

Medicul: Întotdeauna te bălbi așa?

Pacientul: N-nu! Nu-nu-numai c...c...cînd v...vor...vorbesc.

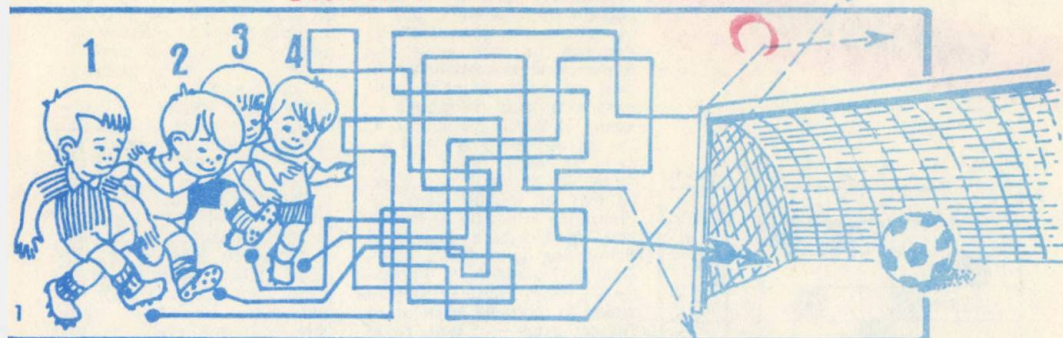
Medicul: Pentru a-ţi lungi zilele trebuie să renunţi la alcool.

Pacientul: Aveţi dreptate. Ieri cînd n-am băut nici o picătură timp de 24 de ore mi s-a părut cea mai lungă zi din viaţă.



M. OPROIU

PAGINA MICILOR CITITORI



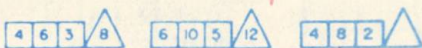
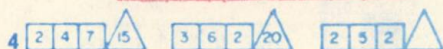
1. Patru ași ai fotbalului execută o lovitură de la 11 metri; unul singur înscrie. Care dintre cei patru?

2. Maché așază sticlele în șiruri de câte trei; bineînțeles nu la întâmplare. Cu ce sticlă de sub raft va completa șirul al treilea?

3. Oglinda lacului reflectă aiodoma chipul schiorului și al peisajului? Poate că mai apar unele mici nepotriviri. Cite?

4. Între cifrele din cele 3 pătrățele există o legătură aritmetică al cărei rezultat este notat în triunghiuri. Dacă ați înțeles despre ce operații este vorba veți putea să completați corect cifrele din capătul șirului.

5. Acoperiți cu creionul negru suprafețele notate cu câte un punct și cu creionul roșu suprafețele notate cu un cerculeț. Ce imagine a apărut? Răspunsurile le veți găsi în pagina 223.



SĂ FACEM GIMNASTICĂ

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	S	E	D	E	N	T	A	R	I	S	M
2	P	A	U	Z	A		N		N	O	U
3		R	E	S	P	I	R	A		Z	
4	R	C	A		E	A		O	P	R	I
5	I	O	T	A		S	T	A	T	I	C
6		M	A	R	I		U	B		D	A
7	M	P		D	O	R	S	A	D	I	
8	I	L	A	E		I			I	C	B
9	N	E	G		P	B		I	N	A	R
10	E	X	E	R	C	I	T	I		A	
11	R		R	A	N	D	A	M	E	N	T

CE ȘTIȚI DESPRE SĂNĂTATE ?

ORIZONTAL: 1) Relaxant al musculaturii netede, vasodilatator coronarian (pl.). 2) Derivat fenotiazinic cu acțiune antiemetica. 3) Psihotrop anxiolitic, diminuează iritabilitatea — Sfinșit de infarct! 4) Floare în ochi! — Îndulcește papaverina! 5) Răcit în cele din urmă! — Capăt de țigară! — Pavat pe centru! 6) Început de drum! — Proces patologic manifestat prin apariția pe piele a unor bășicuțe sau pete în cazul unei boli (adj.). 7) Modificare patologică a țesuturilor — Începe testul! 8) Obezii se „feresc” de el! 9) Regulă obligatorie — Ciur. 10) Grup de celule glandulare — Bacterie în formă de baston.

VERTICAL: 1) Antibiotic cu acțiune bacteriostatică și bactericidă. 2) Pîrpirii (fem.) — Octavian Cotescu! 3) Pestrî — Început de zi. 4) Munte în Grecia — prenume personal — Uman! 5) Vitamina 123! — A modifica temporal aspectul. 6) E un fel de boală a pămîntului! (fig. pl.). 7) Plaga — instrument chirurgical. 8) Coadă de bacil! — Răzor — Mișcare repetată involuntară. 9) Spațiu gol într-un organ (pl.). 10) Sedativ.

Marcel Albu

ORIZONTAL: 1) Lipsă de mișcare ale cărei efecte dăunătoare organismului pot fi combătute prin gimnastică. 2) Perioadă în care activitatea profesională se suspendă și în care se poate practica gimnastica la locul de muncă — Înedit. 3) Verbul plămînilor. 4) Lampă de radio! Abis! — A înceta. 5) Nimic, deloc — Caracter al efortului depus de oameni ai muncii care lucrează într-o poziție de imobilism. 6) Eforturile depuse în gimnastica de performanță — Unitate băcăoană — Afirmație. 7) Marin Preda — Mușchi situați în regiunea spatelui. 8) Refren este! — Litere paralele! — Pseudonim al profesorului I.C. Banu (1856—1935). 9) Excescență a pielii — Puiu Ghiată — Producător de in. 10) Acțiuni fizice, sistematice care compun programul de gimnastică. 11) Indicator al eficienței activității ce poate fi îmbunătățit prin gimnastică în pauzele de lucru.

VERTICAL: 1) Efect pozitiv asupra producției și productivității, înregistrat în urma practicării gimnasticii la locul de muncă. — Muncitor în subteran. 2) Perechea lui! — Program de gimnastică ce cuprinde 6 exerciții formate din 2—4 sau 8 timpi care se repetă. 3) Timpul de efectuare a unui program de gimnastică, de obicei 4—5 minute — lute în mișcări, calitate ce se ob-

ține cînd gimnastica devine o parte integrantă a regimului de viață. 4) Stațiune balneară în sudul Franței! — A distruge prin foc! — Sfinșit de cură! 5) Nună — Parțială protocolară, în documentele vechi ale domnitorilor români — Vechi certificat de studii din Franța. 6) Component al mersului pe jos! — Se spune despre un mușchi lipsit de flexibilitate. 7) Numărul lor este un factor principal în alegerea exercițiilor de gimnastică — A avea un acces de tuse — Cap de tabel! 8) Mic mijloc de transport materiale, din ce în ce mai puțin folosit pe șantieri — Întreprinderea de instalații și montaje (abr.). 9) Necorespunzător — Trăsătură. 10) Răsărit de soare! — A lua de jos și a duce în sus, acțiune înfinită în multe meserii — Adoptarea unei poziții corecte și ritmicitatea mișcărilor respiratorii trebuie să stea în atenția celor ce efectuează asemenea lucrări. 11) Element de mare succes în executarea exercițiilor de gimnastică care stimulează, antrenează și dă ritmul potrivit mișcărilor — Parte din membrul superior al corpului omenesc, activ în orice exercițiu de gimnastică.

DICTIONAR: RCA, ÎCAE, ÎCB, EZE, PCN.

Vasile LUPEȘ
Cercul rebusist „SFINX”
Bacău

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	P	A	D	A	V	E	R	I	N	E
2	E	M	E	T	I	R	A	L		V
3	N	A	P	O	T	M	N		C	T
4	I	R	I	S		Z	A	H	A	R
5	E	I	T		T		A	V	A	
6	I	T		E	R	U	P	T	I	
7	L	E	Z	I	N	N	E		T	E
8		D			C	I	N	T	A	R
9	N	O	R	M	A		B	I	T	A
10	A	C	I	N		B	A	C	I	L

PRIN STAȚIUNI

Înlocuind cifrele prin litere veți obține pe coloana A—B numele unei cunoscute stațiuni balneoclimatice de pe Valea Oltului, iar pe rîndurile orizontale veți găsi alte stațiuni de odihnă și tratament din țara noastră.

Sile LEIBU
Cercul rebusist „SFINX”
Bacău

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	19	4	2	1	7	5	3	1	E	
2	1	13	10	8	5	9	2	A		
3		12	3	3	4	1	13			
4		15	3	4	6	14	14			
5		9	4	5	4	1	8			
6		2	5	2	10	2				
7		10	7	6	11	8				
8	5	10	6	7	2	8	5	2	A	
9		1	2	8	5	4	1	6		
10	13	10	8	3	7	7	6	1	4	
11	10	18	3	4	1	6	19	4		

B

DEZLEGĂRILE JOCURILOR DISTRACTIVE

IZVOARE DE SĂNĂTATE

ORIZONTAL: 1) Herculan. 2) Of - Hrană - Sr. 3) Moneasa - Soa. 4) Orbită - Tivi. 5) Ri - Tușnad. 6) Oem - San - Gt. 7) Apa - Triat. 8) Amara - So. 9) Atașaji - Rar. 10) Raiat - Bazna. 11) Stațiuni - In.

VERTICAL: 1) Homorod - Ars. 2) Eforie - Atit. 3) Nb - Mamaia. 4) Cheia - Pasat. 5) Urat - Sărăți. 6) Lăsată - At. 7) Ana - Unt - Iln. 8) Na - Ts - Rs - Ai. 9) Singiorz. 10) Sovata - Ani. 11) Praid - Tăran.

SĂ FACEM GIMNASTICĂ

ORIZONTAL: 1) Sedentarism. 2) Pauză - Nou. 3) Respiră. 4) Rca - Aa - Opri. 5) Iota - Static. 6) Mari - Ub - Da. 7) Mp - Dorsali. 8) Ilae - li - lcb. 9) Neg - Pg - Inar. 10) Exerciții. 11) Randament.

VERTICAL: 1) Spori - Miner. 2) Ea - Complex. 3) Durată - Ager. 4) Eze - Arde - Ra. 5) Nașă - lo - Pcn. 6) Pas - Rigid. 7) Ani - Tuși - Ta. 8) Roabă - lim. 9) Inapt - Linie. 10) So - Ridica. 11) Muzica - Braț.

CE ȘITI DESPRE SĂNĂTATE

ORIZONTAL: 1) Papaverine. 2) Emetiral. 3) Napoton - Ct. 4) Iris -

Zahăr. 5) Cit - Ti - Ava. 6) It - Erup-tiv. 7) Leziune - Te. 8) Cintar. 9) Norma - Sită. 10) Acin - Bacil.

VERTICAL: 1) Penicilină. 2) Amă-rite - Oc. 3) Pepit - Zori. 4) Atos - Ei - Mn. 5) Vit. - Truca. 6) Eroziuni. 7) Rană - Pensă. 8) Il - Hat - Tic. 9) Cavități. 10) Extraveral.

ARITMOGRIFUL „PRIN STAȚIUNI”

A
VIL C ELE
COV A SNA
FE L IX
OL I MP
TI M IS
AM A RA
VE N US
MON E ASA
CA S IN
BUS T ENI
OGL I NZI
B

De la A - B = Călimănești

JOCURILE DIN PAGINA MICILOR CITITORI

1. Fotbalistul 3
2. Sticla E.
3. Apar 8 nepotriviri
4. Bineînțeles: $(2 \times 5) + 2 = 12$ și $(4 \times 8) : 2 = 16$
5. Apar doi pompieri curajoși luptând cu flăcările.



FITOTERAPIE

ORIZONTAL: 1) Izmă - Frasin. 2) Emu - Dracilă. 3) Nerv - Apetit. 4) Uu - Angelică. 5) Prune - Lat. 6) Niță - Sase. 7) Ragle - Si. 8) Sui - Da - Cel. 9) Moria - Marjă. 10) Apa - Odolean. 11) Sunătoare.

VERTICAL: 1) Ienupăr - Măr. 2) Zmeur - Isop. 3) Mur - Unguraș. 4) Vanilii. 5) Nete - Aon. 6) Frag - Da. 7) Rapel - Samot. 8) Acelasi - Alo. 9) Sitita - Crea. 10) Ilic - Stejar. 11) Natale - Lene.

PROFILACTICĂ

ORIZONTAL: 1) Vaccin - Risca. 2) Anamneză - Pumn. 3) Rep - Tra-heită. 4) Is - Icter. 5) Otita - Asta. 6) Leziune - Ila. 8) Ic - Inimă - Tp. 9) Seric - Ga - Cil. 10) Trudi - Sodă. 11) Ra - Ilară - Bon. 12) Apus - Ne-frită.

VERTICAL: 1) Variolă - Soră. 2) Anestezie - Ap. 3) Cap - Iz - Crt. 4) Cm - Etic - Iris. 5) Int - Auricul. 6) Nerv - Dan. 7) Za - Aerisire - 8) Rahis - Uma - At. 9) Ectima 10) Spitale - Cobi. 11) Cute - Antidot. 12) Amara - Aplană.

nou !

DERO

Pentru a se promova noul în activitatea din domeniul tehnic, Întreprinderea de detergenți „DERO” — Ploiești a produs și va livra comerțului începând cu trimestrul IV/1982 detergentul granulat „DERO AUTOMATIC” cu caracteristici similare cu ale detergenților realizați de firme cu tradiție pe plan mondial în acest domeniu.

Puterea de spălare ridicată a noului detergent granulat „DERO AUTOMATIC” este asigurată prin alegerea judicioasă a substanțelor active introduse în compoziție și prin stabilirea unui aport optim între ele. Conținutul de 15 la sută în perborat de sodiu și adaosul de înălbitor optic conferă detergentului „DERO AUTOMATIC” o mare putere de albire.

Noul detergent avind o putere de spumare redusă poate fi folosit în bune condițiuni pentru spălarea manuală și în special pentru spălarea cu mașinile de spălat rufe-automate cu tambur, cu program, precum și cu mașini obișnuite — a țesăturilor din bumbac, in, cîneapă și din amestecuri ale acestora cu fibre sintetice. Produs cu spumă reglabilă, care permite un consum redus de energie electrică și de apă, noul detergent granulat „DERO AUTOMATIC” asigură o bună curățare a lenjeriei. După spălare rufele colorate se vor limpezi în apă cu oțet (o lingură de oțet la 10 litri de apă) pentru a se înviora culoarea.

În cazul cînd se folosește detergentul granulat „DERO AUTOMATIC” la spălarea manuală a lenjeriei este bine să se protejeze miinile cu o cremă, cu care să fie unse înainte și după spălat. La terminarea spălăturii manual, se vor clăti miinile în apă cu oțet (o lingură de oțet la 2—3 litri de apă) pentru a se reface ph-ul pielii miinilor, după care se ung cu o cremă.

Sănătatea

O REVISTĂ A FIECĂREI FAMILII

● CE ȘTIM DESPRE CORPUL NOSTRU ? ● CARE SÎNT BOLILE SPECIFICE FIECĂREI VÎRSTE ȘI CUM SĂ LE PREVENIM? ● CUM SĂ NE ALIMENTĂM ȘTIINȚIFIC? ● CUM SĂ ACORDĂM UN PRIM-AJUTOR CORECT PÎNĂ LA SOSIREA MEDICULUI?

La toate aceste întrebări și la altele găsiți răspunsuri în revista „Sănătatea”.

În fiecare număr personalități ale vieții medicale, psihologi, pedagogi și alți specialiști vă oferă răspunsuri în rubricile „Ce știm despre corpul nostru”, „Femina”, „A treia vîrstă”, „Interviul lunii”, „Ancheta redacției”, „Școala și sănătatea”, „Copilul nostru”, „De vorbă cu cititorii” și altele.

ABONAMENTELE PE ANUL 1983 SE POT FACE PÎNĂ LA 10 DECEMBRIE 1982 LA TOATE OFICIILE POȘTALE DIN ȚARĂ ȘI LA FACTORII POȘTALE, DIFUZORII VOLUNTARI DIN ÎNTRÎPRINDERI ȘI INSTITUȚII.

LA SATE REVISTA SE GĂSEȘTE DE VÎNZARE LA MAGAZINELE COOPERATIVELOR DE CONSUM.

COSTUL UNUI ABONAMENT PE UN AN — 36 DE LEI, PE 6 LUNI — 18 LEI, PE 3 LUNI — 9 LEI.

„SĂNĂTATEA 1983”

Almanah realizat de către revista „Sănătatea”, publicație a Consiliului Național al Societății de Cruce Roșie.

Redactor șef: Maria SILEA

Secretar responsabil de redacție: dr. George M. GHEORGHE

Redactori coordonatori: Nicolae TURTURESCU, Valeria CHILĂU

Prezentarea grafică: Traian VASAI și Nic. NICOLAEV

Tehnoredactor: Lucian HUIBAN



Tiparul executat la COMBINATUL POLIGRAFIC „CASA ȘCÎNTEII”

La multi ani !

1983

	IANUARIE L 3 10 17 24 31 M 4 11 18 25 M 5 12 19 26 J 6 13 20 27 V 7 14 21 28 S 1 8 15 22 29 D 2 9 16 23 30		FEBRUARIE L 7 14 21 28 M 1 8 15 22 M 2 9 16 23 J 3 10 17 24 V 4 11 18 25 S 5 12 19 26 D 6 13 20 27		MARTIE L 7 14 21 28 M 1 8 15 22 29 M 2 9 16 23 30 J 3 10 17 24 31 V 4 11 18 25 S 5 12 19 26 D 6 13 20 27
	APRILIE L 4 11 18 25 M 5 12 19 26 M 6 13 20 27 J 7 14 21 28 V 1 8 15 22 29 S 2 9 16 23 30 D 3 10 17 24		MAI L 2 9 16 23 30 M 3 10 17 24 31 M 4 11 18 25 J 5 12 19 26 V 6 13 20 27 S 7 14 21 28 D 1 8 15 22 29		IUNIE L 6 13 20 27 M 7 14 21 28 M 1 8 15 22 29 J 2 9 16 23 30 V 3 10 17 24 S 4 11 18 25 D 5 12 19 26
	IULIE L 4 11 18 25 M 5 12 19 26 M 6 13 20 27 J 7 14 21 28 V 1 8 15 22 29 S 2 9 16 23 30 D 3 10 17 24 31		AUGUST L 1 8 15 22 29 M 2 9 16 23 30 M 3 10 17 24 31 J 4 11 18 25 V 5 12 19 26 S 6 13 20 27 D 7 14 21 28		SEPTEMBRIE L 5 12 19 26 M 6 13 20 27 M 7 14 21 28 J 1 8 15 22 29 V 2 9 16 23 30 S 3 10 17 24 D 4 11 18 25
	OCTOMBRIE L 3 10 17 24 31 M 4 11 18 25 M 5 12 19 26 J 6 13 20 27 V 7 14 21 28 S 1 8 15 22 29 D 2 9 16 23 30		NOIEMBRIE L 7 14 21 28 M 1 8 15 22 29 M 2 9 16 23 30 J 3 10 17 24 V 4 11 18 25 S 5 12 19 26 D 6 13 20 27		DECEMBRIE L 5 12 19 26 M 6 13 20 27 M 7 14 21 28 J 1 8 15 22 29 V 2 9 16 23 30 S 3 10 17 24 31 D 4 11 18 25

FUNCȚIA de apărare a ORGANISMULUI

"Sportul m-a redat societății"

Microbii și virușii se găsesc tot — în aer, apă, alimente, praful, pielea și a mucoaselor, în gurii și tubului digestiv. Dar, cu toate acestea, încă cele mai vechi timpuri...

Cerem cu toată
hotărârea ca
glasul popoare-
lor să fie auzit,
ca voința lor de
a trăi în pace
să fie respec-
tată!

REVISTA "SĂNĂTATEA" PRIETENUL FAMILIEI

u 37
ge
via
8 c
dou.
prim

A fost supus la
intervenții chirurgicale:
scruată în anul 1961 de medicii

NICOLAE IORGA și medicina



țarilor sărace. Aceasta ar exercita puternică influență asupra întregii economii mondiale, ar favoriza schimburi stabilite economic și politice. Rezolvarea tuturor pe calea tratatelor unuia organism în țiunilor Uni- și a or- pr-



Dr. Valentin
Centrul de aler
și imunologie clinică B

Ce este COLESTEROLUL?

De nenumărate ori, la consultații se solicită medicului o recomandare

DE CE FUMAȚI?

reacții, mobili-
tipuri de celule
are: limfocitele T
tea din urmă, în
agresorului", vor
anțe strict speci-
anticorpi, de fapt
pabile să immobili-

medici din țară
avila, Iacob Felix, Victor
Marinescu și Ion Cănel
lucrarea sa memorialis-
fost". Despre Carol Da
at numele de nume
re și constituirea Socie-
lorga spune: "Fără
lorga, lumea de v-

nelor, ir
și un t
este difi
ar put
lorilor c
tale, r
consid-